







**Fortaleciendo la respuesta frente  
a la epidemia del VIH/Sida:  
Segunda supervisión de los servicios  
de prevención, atención y tratamiento  
del VIH/Sida**

Defensoría del Pueblo  
Jirón Ucayali 388  
Lima-Perú  
Teléfono: (511) 311-0300  
Fax: (511) 4267889  
E-mail: [defensoria@defensoria.gob.pe](mailto:defensoria@defensoria.gob.pe)  
Portal: <http://www.defensoria.gob.pe>  
Línea gratuita: 0800-15170

Primera edición: Lima, Perú, agosto del 2011.  
500 ejemplares.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°  
2011-09763

El presente informe ha sido elaborado por la comisionada Luisa Fernanda Córdova Vera, bajo la dirección de la doctora Eugenia Fernán-Zegarra de Belaúnde, Adjunta (e) a la Defensora del Pueblo para la Administración Estatal.

En la elaboración de la base de datos se contó con la asistencia de Lissette Villanueva Hinojosa e Isabel Ávila Luquillas.

Para la elaboración del presente informe se contó, asimismo, con el valioso apoyo y compromiso de las Oficinas Defensoriales de Amazonas, Áncash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima, Lima Este, Lima Norte, Lima Sur, Loreto, Madre de Dios, Pasco, Piura, Tacna y Tumbes, así como del Módulo de Atención Defensorial de Chimbote.

La realización de la supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH durante el año 2010, así como la elaboración del presente informe, han sido posibles gracias al importante aporte del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), mediante el Proyecto N° 58431 “Incorporación de la perspectiva de derechos en la respuesta desde el Estado frente a la epidemia de VIH”.

La edición del texto estuvo a cargo de Mario Razzeto.

# ÍNDICE

<b>ACRÓNIMOS</b>	11
<b>PRESENTACIÓN</b>	13
<b>INTRODUCCIÓN</b>	17
I. Antecedentes	17
II. Competencia de la Defensoría del Pueblo	21
III. Aspectos metodológicos	22
a. Objetivos de la supervisión	24
b. Metodología	24
c. Servicios y establecimientos supervisados en el 2010	31
IV. Estructura del Informe	38
<b>1. SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA EN EL PERÚ</b>	41
<b>2. LA RESPUESTA DESDE EL ESTADO FRENTE A LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA</b>	49
2.1 La respuesta sanitaria frente a la epidemia del VIH	60
2.2 El presupuesto en materia de VIH/Sida	66
<b>3. LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH/ SIDA</b>	73
3.1 La consejería en ITS y VIH/Sida	74
3.2 La atención médica periódica	82

3.3 El diagnóstico del VIH/Sida a gestantes	94
3.4 La prevención de la transmisión vertical del VIH/Sida	99
3.5 El tratamiento antirretroviral de gran actividad (Targa)	107
<b>4. LA SUPERVISIÓN DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH/SIDA</b>	<b>115</b>
4.1 Resultados obtenidos en las zonas de intervención consideradas en el Informe Defensorial N° 143	115
4.1.1 El servicio de consejería en ITS y VIH/Sida	115
a. La confidencialidad del servicio	116
b. La consejería pre y post test de VIH y la consejería en ITS	118
c. El consentimiento informado para el diagnóstico del VIH/Sida	121
d. La provisión de material informativo y condones	124
4.1.2 El servicio de Atención Médica Periódica (AMP)	130
a. La gratuidad del servicio de AMP	133
b. El abastecimiento de pruebas para el diagnóstico de sífilis y VIH/Sida	137
c. El abastecimiento de medicamentos para el tratamiento de ITS	141
d. El registro de atenciones	142

4.1.3	El servicio de diagnóstico del VIH/Sida a gestantes	144
a.	El abastecimiento de insumos para tamizaje de sífilis y VIH en gestantes	144
b.	La consejería pre y post test	149
4.1.4	El servicio de prevención de la transmisión vertical del VIH/Sida	153
a.	El suministro de leche artificial	154
b.	El abastecimiento de medicamentos para terapia antirretroviral	156
c.	El registro de atención y seguimiento a la gestante con VIH y el registro de atención y seguimiento del niño expuesto al VIH	160
4.1.5	El servicio de Targa para personas adultas	163
a.	El formato de consentimiento informado para el inicio del Targa	164
b.	El abastecimiento de medicamentos	165
4.1.6	El servicio de tratamiento antirretroviral de gran actividad para niños, niñas y adolescentes	169
4.2	Resultados obtenidos en las zonas de intervención no consideradas en el Informe Defensorial N° 143	173
4.2.1	El servicio de consejería en ITS y VIH/Sida	173
4.2.2	El servicio de AMP	177
4.2.3	El servicio de diagnóstico del VIH a gestantes	182

4.2.4	El servicio de prevención de la transmisión vertical del VIH/Sida	185
4.2.5	El Servicio de Targa	187
<b>5.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	191
<b>6.</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>	211
<b>ANEXOS</b>		219
Anexo I:	Índice de Tablas	219
Anexo II:	Índice de Gráficos	221
Anexo III:	Relación de establecimientos de salud supervisados en las zonas de intervención comprendidas en el Informe N° 143	223
Anexo IV:	Establecimientos de salud supervisados en las zonas de intervención comprendidas en el Informe N° 143: Consejería en ITS y VIH/Sida	227
Anexo V:	Cerits y UAMP supervisados en las zonas de intervención comprendidas en el Informe N° 143: Atención Médica Periódica	231
Anexo VI:	Establecimientos de salud supervisados en las zonas de intervención comprendidas en el Informe N° 143: Diagnóstico del VIH/Sida a gestantes	232

Anexo VII:	Establecimientos de salud supervisados en las zonas de intervención comprendidas en el Informe N° 143: Profilaxis para la prevención de la transmisión vertical del VIH	236
Anexo VIII:	Establecimientos de salud supervisados en las zonas de intervención comprendidas en el Informe N° 143: Targa para personas adultas	237
Anexo IX:	Establecimientos de salud supervisados en las zonas de intervención comprendidas en el Informe N° 143: Targa para niños, niñas y adolescentes	238
Anexo X:	Relación de establecimientos de salud supervisados en las zonas de intervención <i>no</i> comprendidas en el Informe N° 143	239
Anexo XI:	Establecimientos de salud supervisados en las zonas de intervención <i>no</i> comprendidas en el Informe N° 143: Consejería en ITS y VIH/Sida	241
Anexo XII:	Cerits y UAMP supervisados en las zonas de intervención <i>no</i> comprendidas en el Informe N° 143: Atención Médica Periódica	243

Anexo XIII:	Establecimientos de salud supervisados en las zonas de intervención <i>no</i> comprendidas en el Informe N° 143: Diagnóstico del VIH/Sida a gestantes	244
Anexo XIV:	Establecimientos de salud supervisados en las zonas de intervención <i>no</i> comprendidas en el Informe N° 143: Profilaxis para la prevención de la transmisión vertical del VIH	246
Anexo XV:	Establecimientos de salud supervisados en las zonas de intervención <i>no</i> comprendidas en el Informe N° 143: Targa para personas adultas	247
Anexo XVI:	Establecimientos de salud supervisados en las zonas de intervención <i>no</i> comprendidas en el Informe N° 143: Targa para niños, niñas y adolescentes	248
Anexo XVII:	Relación de Cerits y UAMP a escala nacional proporcionada por la DGSP/Ministerio de Salud (Minsa)	249
Anexo XVIII:	Oficios remitidos por el Minsa con relación a los cobros de carnés de atención e historias clínicas	252

# ACRÓNIMOS

<b>Acrónimo</b>	<b>Descripción</b>
ARV	Antirretroviral
Cerits	Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual
Conamusa	Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud
DDHH	Derechos Humanos
DGE	Dirección General de Epidemiología
Digemid	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
Diresa	Dirección Regional de Salud
EsSalud	Seguro Social de Salud del Perú
Esnitss	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS y VIH/sida
GAM	Grupos de Ayuda Mutua
Gepits	Grupos de Elevada Prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual
HSH	Hombres que tienen Sexo con Hombres
IFI	Prueba de Inmunofluorescencia Indirecta
INS	Instituto Nacional de Salud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
Megas	Medición del Gasto en SIDA

Minsa	Ministerio de Salud
MAD	Módulo de Atención Defensorial
OD	Oficinas Defensoriales
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no Gubernamental
Onusida	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEM	Plan Estratégico Multisectorial
PVVS	Persona Viviendo con VIH o SIDA
RPR	Prueba para detección de sífilis (Reagina plasmática rápida)
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIS	Seguro Integral de Salud
UAMP	Unidad de Atención Médica Periódica
Ungass	Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en la que se aprobó la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/sida “Crisis Mundial-Acción Mundial”
Targa	Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad
TS	Trabajadoras y Trabajadores Sexuales
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WB	Prueba de Western Blot

## PRESENTACIÓN

Habida cuenta de que el VIH/Sida es un tema de derechos humanos y debe ser abordado como tal, la Defensoría del Pueblo ha asumido el compromiso de contribuir a la lucha contra esta epidemia mediante la defensa de los derechos de las personas con VIH/Sida y de las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad.

Precisamente por ello, desde el año 2007 se ha realizado un conjunto de actividades orientadas, principalmente, a incorporar la perspectiva de derechos en la respuesta al VIH desde el Estado, así como a contribuir a la erradicación del estigma y la discriminación asociados a la epidemia.

Conforme se ha señalado en anteriores oportunidades, los Estados tienen la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar los derechos fundamentales de las personas con VIH/Sida y de las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad, en cumplimiento de las obligaciones internacionales contraídas mediante diversos instrumentos internacionales.

Al margen de ello, la epidemia del VIH/Sida demanda hoy en día que todas las entidades, públicas o privadas, así como todas las personas, independientemente de su condición, tomen conciencia de la importancia de contribuir a la reducción del número de nuevas

infecciones, y con la atención y apoyo a quienes hayan adquirido la infección.

En esa línea, la Defensoría del Pueblo consideró que es una tarea prioritaria concentrar parte de los esfuerzos desplegados en respuesta a la epidemia, en la supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida, con el propósito de contribuir al acceso de las personas con VIH y poblaciones en situación de vulnerabilidad a servicios de salud de calidad.

De esta manera, en el año 2009 se presentó el ***Informe Defensorial N° 143, “Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/Sida: Supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida”***, mediante el cual se dieron a conocer los resultados de la primera supervisión defensorial en materia de VIH/Sida y se formuló un conjunto de recomendaciones con el propósito de contribuir a la solución de la problemática advertida.

Precisamente, en el seguimiento de dichas recomendaciones, durante el año 2010 se llevó a cabo la segunda supervisión defensorial de los servicios de consejería en VIH/Sida, Atención Médica Periódica, diagnóstico del VIH en gestantes, profilaxis para la prevención de la transmisión vertical y tratamiento antirretroviral, cuyos resultados se dan a conocer en el presente informe.

Cabe destacar que los resultados de la segunda supervisión muestran avances importantes en el cum-

plimiento de las obligaciones de los establecimientos de salud en la prestación de los servicios antes indicados; no obstante ello, resulta necesario redoblar esfuerzos para asegurar su prestación adecuada y garantizar el ejercicio del derecho a la salud de todas las personas, el cual constituye un supuesto indispensable para el ejercicio de los demás derechos.

Por otra parte, es necesario llamar la atención una vez más sobre la necesidad de erradicar el estigma y la discriminación asociados al VIH/Sida, toda vez que éstos afectan el impacto de las acciones realizadas en respuesta a la epidemia, favorecen su avance y conllevan la violación de derechos de determinadas poblaciones colocándolas en situación de mayor vulnerabilidad.

En atención de ello, la Defensoría del Pueblo confía en que la información contenida en el presente informe, así como las recomendaciones y recordatorios formulados, refuercen las acciones desplegadas por el Estado y la sociedad civil en respuesta a una epidemia que no discrimina y que continúa afectando al desarrollo de comunidades enteras.

De igual manera, la Defensoría del Pueblo espera contribuir, de esta manera, al éxito de los importantes esfuerzos realizados por los Gobiernos Regionales para incorporar en sus agendas públicas este tema, e invoca a las nuevas autoridades a no escatimar esfuerzos a efectos de lograr la sostenibilidad de los avances alcanzados hasta este momento, más aún ahora que se

encuentra pendiente la aprobación del Plan Estratégico Multisectorial para la Prevención y Control del VIH/Sida e ITS para el período 2012–2016, el cual constituirá un documento orientador de las intervenciones que se producirán en esta materia.

Finalmente, deseo expresar el agradecimiento de la Defensoría del Pueblo por el valioso apoyo brindado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), cuyo aporte técnico y financiero permitió a la Adjuntía para la Administración Estatal elaborar el presente documento.

Lima, junio de 2011.

**Eduardo Vega Luna**  
Defensor del Pueblo (e)

# INTRODUCCIÓN

## I. Antecedentes

En el marco de sus competencias constitucionales y de los compromisos internacionales asumidos por el Estado peruano con relación a la protección de los derechos humanos y a la lucha contra el VIH/Sida, la Defensoría del Pueblo ha considerado necesaria su intervención en la promoción y defensa de los derechos de las personas con VIH/Sida y de las poblaciones en situación de vulnerabilidad (hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores y trabajadoras sexuales y personas privadas de su libertad), dentro de los cuales el derecho a la salud cobra especial importancia.

En razón de ello, a partir del año 2007, la Defensoría del Pueblo identificó a la epidemia del VIH/Sida como uno de sus temas de atención prioritaria, para cuyo efecto se plantearon los siguientes objetivos institucionales:

- Objetivo 1: Consolidar la labor de la Defensoría del Pueblo en la protección de los derechos de las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad (hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores y trabajadoras sexuales, población privada de libertad, y otros) y de las personas viviendo con VIH/Sida (PVVS).

- Objetivo 2: Contribuir a que las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad y las PVVS accedan a servicios públicos esenciales de calidad.
- Objetivo 3: Contribuir a que las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad y las PVVS accedan a los mecanismos de protección de derechos y administración de justicia.
- Objetivo 4: Contribuir a la reducción del estigma y la discriminación asociados al VIH/Sida.

Por ello, en el año 2007 se dio inicio a un conjunto de acciones orientadas a la consecución de los objetivos planteados, las cuales permitieron reafirmar que, si bien el abordaje de la epidemia no puede ni debe agotarse en el derecho a la salud, es indispensable asegurar que las personas con VIH/Sida gocen de todos los atributos que corresponden a este derecho.

Precisamente como parte de dichas acciones se efectuó una revisión de los casos relacionados al tema VIH/Sida que fueron tramitados por las Oficinas Defensoriales durante el año 2007, de acuerdo a la cual el mayor número de quejas atendidas estuvo referido a la afectación del derecho a la salud debido, principalmente, al desabastecimiento de antirretrovirales y actos de discriminación, así como a la deficiente o inadecuada prestación del servicio de salud, entre otros.

En vista de ello, la Defensoría del Pueblo decidió llevar a cabo una supervisión de la prestación de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida a cargo de los establecimientos de salud ubicados en las zonas con mayor incidencia de casos. El propósito visible fue verificar el cumplimiento de sus obligaciones legales, determinar si existen deficiencias en su funcionamiento y contribuir al fortalecimiento de la respuesta sanitaria mediante recomendaciones y sugerencias dirigidas a advertir y prevenir todas aquellas situaciones que puedan representar una amenaza para el ejercicio de los derechos de las personas con VIH/Sida y poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad, así como de la población en general.

Los resultados de esta actividad se dieron a conocer en el ***Informe Defensorial N° 143, “Fortaleciendo la respuesta frente la epidemia del VIH/Sida: Supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida”***, el cual dio cuenta de los resultados obtenidos por medio de la supervisión realizada entre abril y agosto del 2008, la cual estuvo a cargo de las Oficinas Defensoriales de Áncash, Arequipa, Ica, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Lima, Piura, Tacna y Tumbes.

En el referido documento, la Defensoría del Pueblo advirtió, con especial preocupación, problemas como los que se detallan a continuación:

- Más del 50% de los establecimientos supervisados no cumplía con brindar el servicio de atención médica periódica en forma gratuita.
- Más del 50% de los establecimientos supervisados registró problemas de desabastecimiento de insumos para el diagnóstico de sífilis y VIH en gestantes durante el período 2007–2008.
- El 83% registró problemas de desabastecimiento de antirretrovirales para gestantes con VIH durante el período 2007–2008.
- Más del 50% de los establecimientos supervisados registró problemas de desabastecimiento de anti-rretrovirales para personas adultas, niños, niñas y adolescentes durante el 2008.

Sobre la base de dichos resultados, entre otros, la Defensoría del Pueblo formuló un conjunto de recomendaciones cuya implementación fue promovida mediante diversas actividades realizadas durante los años 2009 y 2010, las cuales comprendieron, entre otras, la presentación pública del ***Informe Defensorial N° 143*** y la realización de reuniones de trabajo con representantes de los Gobiernos Regionales, Direcciones de Salud, Estrategias Sanitarias Regionales para la Prevención y Control del VIH, y establecimientos de salud visitados, en cada una de las zonas en las que se llevó a cabo la supervisión.

Asimismo, como parte de las actividades de seguimiento de las recomendaciones defensoriales, entre mayo y agosto del 2010 se llevó a cabo la segunda supervisión

de los servicios de prevención, atención y tratamiento de VIH/Sida a cargo de los establecimientos de salud que se encuentran bajo la rectoría del Minsa, cuyos resultados se dan a conocer en el presente informe.

## **II. Competencia de la Defensoría del Pueblo**

Conforme lo señala el artículo 162° de la Constitución Política del Perú, corresponde a la Defensoría del Pueblo proteger los derechos fundamentales de la persona y de la comunidad, así como supervisar el cumplimiento de los deberes de la administración estatal y la prestación de los servicios públicos a la ciudadanía.

Por su parte, el artículo 9°, inciso 1) de la Ley N° 26520, Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo, faculta a ésta a iniciar y proseguir de oficio o a petición de parte cualquier investigación conducente al esclarecimiento de los actos y resoluciones de la administración pública y sus agentes que, implicando el ejercicio ilegítimo, irregular, abusivo o excesivo, arbitrario o negligente de sus funciones, afecte la vigencia plena de los derechos constitucionales y fundamentales de la persona y la comunidad.

De esta manera, conforme se indicó en el ***Informe Defensorial N° 143***, en el ámbito de la salud, la Defensoría del Pueblo es competente para supervisar la labor del Estado en el cumplimiento de las obligaciones que demande la satisfacción de este derecho. Del mismo modo es competente para adoptar medidas especiales destinadas a asegurar que todos los grupos de la socie-

dad –en especial aquellos que se encuentran en situación de vulnerabilidad– disfruten un acceso equitativo a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH.

En la línea de lo señalado, para la Defensoría del Pueblo es necesario e importante contribuir a la respuesta al VIH mediante la supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento que brindan los establecimientos de salud, con el propósito de fortalecerlos y garantizar una atención en salud adecuada y de calidad a las personas con VIH/Sida, poblaciones en situación de vulnerabilidad y a la ciudadanía en general.

### **III. Aspectos metodológicos**

Durante el período que comprendió a los meses de mayo a agosto del 2010, la Defensoría del Pueblo llevó a cabo la segunda supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida que brindan los establecimientos de salud bajo la rectoría del Minsa. En esta ocasión, la supervisión estuvo a cargo de 21 Oficinas Defensoriales (OD) y 1 Módulo de Atención Defensorial (MAD), bajo la coordinación de la Adjuntía para la Administración Estatal.

Las Oficinas Defensoriales que participaron en la supervisión fueron: Amazonas, Áncash,<sup>1</sup> Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Ica, Junín, La

---

1 Incluye al Módulo de Atención Defensorial de Chimbote.

Libertad, Lambayeque, Lima, Lima Este, Lima Norte, Lima Sur, Loreto, Madre de Dios, Pasco, Piura, Tacna y Tumbes.

Cabe precisar que si bien en el ***Informe Defensorial N° 143*** se presentaron los resultados de la supervisión realizada durante el 2008 en los 10 departamentos con mayor número de casos de VIH (Áncash, Arequipa, Ica, La Libertad, Lambayeque, Lima, Loreto, Piura, Tacna y Tumbes), dicha supervisión se realizó también en los departamentos de Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Madre de Dios y Pasco. Sin embargo, los resultados obtenidos en estos seis (6) departamentos no pudieron ser incluidos en el Informe debido a las particularidades de la epidemia en dichas zonas, lo cual impedía establecer criterios de evaluación uniformes.

No obstante, la supervisión realizada durante el 2010 se llevó a cabo en los 16 departamentos a los que se hace referencia en el párrafo anterior, a los que se sumó el departamento de Junín para constituir un total de 17 zonas de intervención.

Asimismo, en el caso de Lima, la supervisión comprendió en esta ocasión a establecimientos de salud de todo el departamento y de la Provincia Constitucional del Callao, a diferencia de la supervisión del año 2008 en los que solo se consideró a establecimientos de Lima Ciudad.

## a. Objetivos de la supervisión

### *Objetivo general*

Contribuir a la adecuada prestación de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida mediante propuestas orientadas a revertir la problemática identificada.

### *Objetivos específicos*

- Verificar el cumplimiento de las normas que regulan la prestación de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida.
- Identificar las deficiencias en la prestación de los servicios de prevención atención y tratamiento del VIH/Sida a cargo de los establecimientos de salud del Minsa, y evaluar en qué medida éstas afectan a los derechos de la población en general y, específicamente, de las personas con VIH/Sida y poblaciones vulnerables.
- Medir el avance en la implementación de las recomendaciones defensoriales contenidas en el ***Informe Defensorial N° 143, “Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/Sida: Supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH”***.

## b. Metodología

Para la consecución de los objetivos antes indicados se realizaron las siguientes actividades:

1. Presentación del ***Informe Defensorial N° 143*** en cada uno de los departamentos en los que se llevó a cabo la supervisión defensorial durante el año 2008.
2. Reuniones de trabajo con funcionarios del Sector Salud y Gobiernos Regionales, responsables de la prestación de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida en las zonas de intervención.
3. Visitas de supervisión a los establecimientos de salud del Minsa que brindan servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida.

La primera actividad se llevó a cabo durante los meses de mayo y junio del 2009 y tuvo como propósito dar a conocer el contenido del ***Informe Defensorial N° 143***, en el cual se presentan los resultados de la supervisión defensorial realizada a los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH durante el año 2008, así como las recomendaciones defensoriales formuladas para revertir la problemática advertida.

En lo que respecta a las reuniones de trabajo, éstas se efectuaron en cada una de las zonas de intervención de la supervisión del año 2008,<sup>2</sup> entre marzo y junio del 2010. El propósito de las reuniones fue recoger información cualitativa sobre los avances en la implementación de las recomendaciones defensoriales formuladas a ni-

---

2 Las reuniones de trabajo se realizaron en las ciudades de Arequipa, Chiclayo, Chimbote, Ica, Iquitos, Piura, Tacna, Trujillo y Tumbes.

vel regional, así como recoger nuevas evidencias sobre la problemática particular de cada zona en materia de prevención, atención y tratamiento del VIH. Cabe señalar que estas reuniones estuvieron a cargo de personal de la Adjuntía para la Administración Estatal, en coordinación con las OD involucradas.

En lo que respecta a las visitas de supervisión, éstas estuvieron a cargo de las OD y MAD de las zonas de intervención y se realizaron entre mayo y agosto del 2010, de acuerdo a la programación de actividades de cada unidad. Para tal efecto, la Adjuntía para la Administración Estatal proporcionó a los comisionados y comisionadas de las Oficinas Defensoriales los lineamientos y fichas de supervisión que se aplicarían.

En efecto, con el propósito de recabar la información requerida para la consecución de los objetivos propuestos, la Adjuntía para la Administración Estatal puso a disposición de las OD y los MAD los siguientes instrumentos:

- **Ficha de supervisión N° 1 – Consejería en ITS y VIH/Sida**

La Ficha de Supervisión N° 01 fue diseñada para recoger información referida a:

- Las condiciones mínimas requeridas para la prestación del servicio de consejería: ambiente adecuado, acceso gratuito y tiempo de duración de la consejería.

- La realización de la consejería pre y post-test de VIH, uso del formato de consentimiento informado para la realización de la prueba de VIH y entrega de folletos y preservativos a todos los consultantes.
  
- **Ficha de supervisión N° 2 – Atención Médica Periódica (AMP)**  
Mediante la ficha de supervisión N° 2 se recabó información sobre la prestación de este servicio a trabajadores y trabajadoras sexuales, así como a población comprendida dentro de la categoría hombres que tienen sexo con hombres (HSH), en lo que respecta a:
  - La realización del diagnóstico de infecciones de transmisión sexual (ITS) y del VIH en forma gratuita.
  - El abastecimiento de los insumos requeridos para la prestación del servicio.
  
- **Ficha de supervisión N° 3-A – Transmisión Vertical: Diagnóstico de VIH/Sida a gestantes**  
Por medio de la aplicación de la Ficha 3-A se supervisó:
  - El procedimiento para el tamizaje de VIH y sífilis a gestantes.
  - El abastecimiento de insumos requeridos para el diagnóstico de VIH y sífilis en gestantes.

- **Ficha de supervisión 3-B – Transmisión Vertical: Prevención de la Transmisión Vertical**

Esta ficha permitió recabar información respecto a:

- La administración de la terapia antirretroviral para la prevención de la transmisión vertical.
- El suministro de sucedáneos de leche maternizada a niños nacidos y niñas nacidas de madres con VIH.

- **Ficha de supervisión N° 4-A – Targa Personas adultas y 4-B – Targa Niños, niñas y adolescentes**

Las fichas de supervisión 4-A y 4-B fueron elaboradas para recabar información sobre:

- El procedimiento de consentimiento informado para el inicio del tratamiento antirretroviral de gran actividad (Targa).
- El abastecimiento de antirretrovirales.

Ahora bien, cabe señalar que la realización de estas actividades se vio complementada con la revisión de casos relacionados con el tema VIH/Sida, tramitados por las OD, la cual permitió identificar los hechos vulneratorios que motivaron las quejas registradas durante los años 2009 y 2010, las cuales dieron lugar, a su vez, a la formulación de recomendaciones específicas de acuerdo a cada caso.

De esta manera, se obtuvo la siguiente información:

**Tabla N° 1**  
**Número de casos sobre VIH/Sida 2009–2010**

<b>Casos</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Total</b>
Quejas	72	101	173
Petitorios	20	26	46
Consultas	33	120	153
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>247</b>	<b>372</b>

Fuente: Defensoría del Pueblo.

Conforme se aprecia en la tabla anterior, durante el año 2009 y 2010 se atendió a un total de 125 y 247 casos relacionados al tema VIH/Sida, respectivamente,<sup>3</sup> de los cuales 173 correspondieron a quejas por presunta vulneración de derechos.

Cabe indicar que de las 173 quejas tramitadas, 122 estuvieron dirigidas contra establecimientos de salud bajo la rectoría del Minsa<sup>4</sup>, debido principalmente a incumplimiento de obligaciones por parte de profesionales de la salud (53 quejas), discriminación y maltratos (40 quejas), deficiente o inadecuada prestación del servicio (26 quejas), y desabastecimiento de antirretrovirales (25 quejas), entre otras.

---

3 Lo cual evidencia un incremento respecto al número de casos reportado durante los años 2007 y 2008, en los cuales se registraron 71 y 65 casos, respectivamente.

4 Éstas estuvieron seguidas por 25 quejas contra establecimientos de EsSalud y 10 quejas contra establecimientos educativos.

**Tabla N° 2**  
**Número de quejas sobre VIH/Sida según**  
**hechos vulneratorios**

<b>Hechos vulneratorios</b>	<b>Quejas 2009</b>	<b>Quejas 2010</b>	<b>Total</b>
Incumplimiento de obligaciones por parte de profesionales de la salud.	25	28	53
Incumplimiento de obligaciones por parte de funcionarios/as o servidores/as públicos <i>no</i> profesionales de la salud.	0	7	7
Deficiente o inadecuada prestación de servicios de salud.	10	16	26
Desabastecimiento de insumos (pruebas, preservativos, otros).	7	4	11
Desabastecimiento de antirretrovirales.	6	19	25
Discriminación/Malos tratos.	22	18	40
Restricciones en el acceso al servicio de salud.	2	9	11
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>101</b>	<b>173</b>

Fuente: Defensoría del Pueblo.

A partir de la revisión detallada de esta información fue posible advertir que, si bien se han logrado mejoras en algunos aspectos, aún persisten algunos problemas que requieren urgente atención, como en el caso del estigma y la discriminación asociados al VIH y el incumplimiento de obligaciones por parte de los profesionales de la salud (tales como el respeto del principio de confidencialidad del diagnóstico y de la voluntariedad de la prueba).

### **c. Servicios y establecimientos supervisados en el 2010**

Los servicios de salud del Minsa y los dispositivos legales internos del Sector que se tuvieron en cuenta para efectos de la supervisión fueron los siguientes:

**Tabla N° 3**  
**Servicios de prevención, atención y tratamiento**  
**del VIH/Sida y dispositivos legales**  
**que los regulan**

Servicio	Dispositivo Legal
a) Consejería en ITS y VIH/Sida	Documento Técnico: Consejería en ITS/VIH y SIDA, aprobado por Resolución Ministerial N° 264-2009/MINSA Directiva Sanitaria N° 022-MINSA/DGSP-V.01, “Directiva Sanitaria para la Distribución del Condón Masculino a usuarios/as en Servicios de Salud”, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 242-2009/MINSA.
b) Atención Médica Periódica (AMP)	Directiva Sanitaria N° 030-MINSA/DGSP-V-0.1, “Directiva Sanitaria para la Atención Médica periódica a los Trabajadoras y Trabajadoras Sexuales y HSH”, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 650-2009/MINSA. Norma Técnica de Salud 077-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú”, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 263-2009/MINSA.
c) Diagnóstico a gestantes	Norma Técnica 064-MINSA/DHSP-V.01, aprobada por Resolución Ministerial N° 335-2008/MINSA: “Norma Técnica de salud para la profilaxis de la transmisión madre-niño del VIH y Sífilis congénita”.
d) Prevención de la Transmisión Vertical (madre- hijo)	
e) Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (Targa) para personas adultas, niños, niñas y adolescentes	Norma Técnica 04-MINSA/DGSP-V.02, aprobada por Resolución Ministerial N° 311-2005: “Norma Técnica para el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (Targa) en adultos infectados por el VIH”. Directiva 20-2003-MINSA/DGSP-DEAIS-V.01, aprobada por Resolución Ministerial N° 731-2003-SA/DM

Es preciso señalar que, tal como se indica en la tabla anterior, para la supervisión de los servicios de Consejería en ITS y VIH/Sida, así como de AMP, durante el 2010 se tomó como referencia normas distintas a las que se encontraban en vigencia durante la supervisión del año 2008. Precisamente en el punto 3 del presente informe se hace referencia a los cambios introducidos por los nuevos dispositivos legales, los cuales fueron considerados en la actualización de las fichas de supervisión y el análisis de los resultados de dicha actividad.

En lo concerniente a establecimientos supervisados, conforme se procedió para la realización de la supervisión del año 2008, las OD y los MAD identificaron los establecimientos de salud que serían visitados durante el 2010, atendiendo a los criterios que se señalan a continuación:

- Se consideró solo a establecimientos de salud del Minsa que brindan los servicios de consejería en ITS y VIH, atención médica periódica, diagnóstico del VIH/Sida a gestantes, prevención de la transmisión vertical y Targa a personas adultas, niños, niñas y adolescentes, para lo cual se tomó en cuenta la información contenida en el siguiente cuadro:

**Tabla N° 4**  
**Servicios de prevención y tratamiento**  
**del VIH/Sida y establecimientos de salud**  
**del Minsa que los brindan**

Servicio		Establecimientos de Salud que brindan el servicio
a)	Consejería en ITS y VIH/Sida	Establecimiento de salud de todos los niveles de atención.
b)	Atención Médica Periódica (AMP)	Centros Especializados de referencia de ITS y VIH/Sida (Ceritss), Centro de Referencia de ITS (Cerits) y Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP).
c)	Diagnóstico a gestantes	Establecimientos de salud de todos los niveles de atención.
d)	Prevención de la Transmisión Vertical (madre-hijo)	Hospitales de Referencia o Institutos Especializados.
e)	Tratamiento antirretroviral de gran actividad (Targa) para personas adultas, niños, niñas y adolescentes	Hospitales de Referencia o Institutos especializados.

- En el caso de los servicios b), d), e) y f), las OD supervisaron todos los establecimientos del Minsa que brindan dichos servicios en su jurisdicción, para cuyo efecto se puso a su disposición la relación de establecimientos correspondiente del Minsa.

En Lima y Callao, en atención al número elevado de establecimientos que brindan dichos servicios, las OD involucradas realizaron las coordinaciones del caso con la Adjuntía para la Administración Estatal para la selección de los establecimientos que serían supervisados.

- En el caso de los servicios a) y c) se solicitó a cada Oficina identificar como mínimo cuatro establecimientos de salud adicionales a los indicados en el párrafo precedente, para la supervisión de los servicios de consejería y diagnóstico a gestantes (los cuales son brindados por todos los establecimientos de salud), debiendo considerar para tal efecto las características de éstos (nivel del establecimiento, volumen de población a la que atiende, zona en que se ubica, etc.), de tal manera que sea posible establecer una muestra representativa.
- Se priorizó la visita a establecimientos de salud supervisados durante el año 2008.

De esta manera, entre mayo y agosto del 2010 se visitó a 201 establecimientos de salud del Minsa<sup>5</sup> en los departamentos y la Provincia Constitucional del Callao, identificados como zonas de intervención, tal como se muestra a continuación:

---

5 Anexo III.

**Tabla N° 5**  
**Número de establecimientos de salud**  
**supervisados en el 2010, según departamento**

Departamentos		Número de Establecimientos de Salud visitados
<b>Zonas de intervención consideradas en el Informe Defensorial N° 143</b>	Áncash	9
	Arequipa	7
	Ica	17
	La Libertad	8
	Lambayeque	18
	Lima	32
	Loreto	15
	Piura	9
	Tacna	11
	Tumbes	7
<b>Sub total</b>		<b>133</b>
<b>Zonas de intervención no consideradas en el Informe Defensorial N° 143</b>	Amazonas	10
	Apurímac	11
	Ayacucho	12
	Cajamarca	6
	Callao	7
	Junín	10
	Madre de Dios	7
	Pasco	5
<b>Sub total</b>		<b>68</b>
<b>Total</b>		<b>201</b>

Fuente: Defensoría del Pueblo.

**Tabla N° 6**  
**Número de establecimientos de salud**  
**supervisados, según categoría**

Categoría	Establecimiento de Salud	ES visitados en zonas consideradas en el Informe Defensorial N° 143	ES visitados en zonas <i>no</i> consideradas en el Informe Defensorial N° 143	Total de ES visitados
I-2	Puesto de Salud con médico	10	6	16
I-3	Centro de Salud sin internamiento	57	18	75
I-4	Centro de Salud con internamiento	31	18	49
II-1	Hospital I	14	13	27
II-2	Hospital II	13	6	19
III-1	Hospital III	14	0	14
III-2	Instituto Especializado	1	0	1
<b>Total</b>		<b>140</b>	<b>61</b>	<b>201</b>

Fuente: Defensoría del Pueblo.

**Tabla N° 7**  
**Número de establecimientos de salud**  
**supervisados, según servicio**

Servicio de Salud	ES visitados en zonas consideradas en el Informe Defensorial 143	ES visitados en zonas no consideradas en el Informe Defensorial 143	Total de ES visitados
Consejería en ITS y VIH/Sida	137	61	198
AMP	32	15	47
Diagnóstico de VIH/Sida en gestantes	129	61	190
Prevención de la transmisión vertical	25	13	38
Targa Personas adultas	25	10	35
Targa Niños	18	7	25

Fuente: Defensoría del Pueblo.

#### **IV. Estructura del Informe**

Para la elaboración del presente informe se consultó información proveniente de distintas fuentes, a fin de complementar el análisis de los dispositivos legales que regulan los servicios de salud en materia de VIH, así como los resultados obtenidos mediante la supervisión defensorial.

Así, en el primer capítulo, el informe incluye información sobre la situación de la epidemia del VIH/Sida en el Perú, sobre la base de los datos reportados principalmente por la Dirección General de Epidemiología del Minsa y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (Onusida).

El segundo capítulo aborda la respuesta a la epidemia desde el Estado y expone un recuento de las acciones desplegadas por los diversos Sectores para hacer frente a la epidemia, con especial énfasis en los esfuerzos realizados desde el Sector Salud y los Gobiernos Regionales, para lo cual se tomó como referencia, principalmente, la información contenida en el ***“Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Aplicación del Ungass Perú–Período enero 2008–diciembre 2009”***.

En el tercer capítulo se realiza un breve análisis sobre los principales dispositivos legales que regulan la prestación de los servicios de consejería en ITS y VIH/Sida, AMP, diagnóstico de VIH/Sida a gestantes, prevención de la transmisión vertical y tratamiento antirretroviral de gran actividad, para cuyo efecto se consideraron los aspectos que fueron materia de supervisión, y se tomó en cuenta la información obtenida mediante investigaciones procesadas por distintas entidades, así como las efectuadas por otros órganos de la Defensoría del Pueblo.

El siguiente capítulo contiene los resultados de la supervisión que es materia del presente informe, los cuales –atendiendo a criterios metodológicos– se presentan

distinguiendo a aquellos que fueron obtenidos en las zonas de intervención consideradas en la elaboración del ***Informe Defensorial N° 143*** –esto es, los departamentos con mayor incidencia de casos de VIH– de aquellos que se obtuvo en las zonas no consideradas en el referido Informe.

Los resultados obtenidos se presentan sobre la base de los aspectos considerados para el desarrollo de la supervisión de cada servicio, que corresponden a obligaciones legales cuyo incumplimiento supondría la vulneración de los derechos de los usuarios y usuarias.

En el capítulo quinto se plantean las conclusiones a las que ha sido posible arribar luego de la revisión y análisis de la información recabada, así como de los resultados obtenidos en el curso de la supervisión. Finalmente, en el sexto capítulo se formula un conjunto de recomendaciones y recordatorios orientados a corregir la problemática identificada, favorecer el ejercicio del derecho a la salud de las personas con VIH/Sida y poblaciones en situación de vulnerabilidad, así como de la población en general, y contribuir a la respuesta sanitaria frente a la epidemia en el país mediante el fortalecimiento de los servicios de salud en materia de VIH/Sida.

# 1. SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA EN EL PERÚ

Han transcurrido 28 años desde que se diagnosticó el primer caso de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en el Perú, en 1983. Desde entonces, a diciembre del 2010 se han reportado 27,161 casos de SIDA y 42,886 casos de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).<sup>6</sup> No obstante, de acuerdo a estimaciones del Onusida, la proyección total del número de personas con VIH/Sida en el país se eleva a 75,000 [58,000–1 00,000].<sup>7</sup>

---

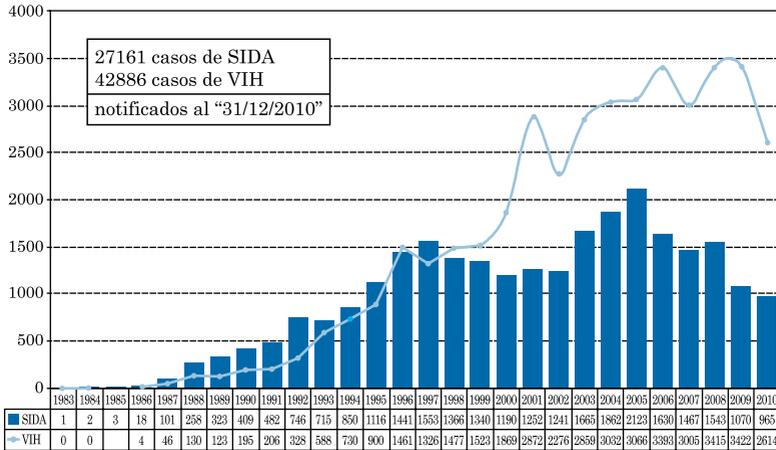
6 Dirección General de Epidemiología. “Situación del VIH/Sida en el Perú”. En *Boletín Epidemiológico Mensual*. Lima: diciembre 2010. Consulta: 17 de mayo del 2011.

En: [http://www.dge.gob.pe/vigilancia/vih/Boletin\\_2010/diciembre.pdf](http://www.dge.gob.pe/vigilancia/vih/Boletin_2010/diciembre.pdf)

7 Onusida. *GLOBAL REPORT: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010*, p. 201. Consulta: 29 de junio del 2011.

En: <http://www.unaids.org/globalreport/>

## Gráfico N° 1 Casos de SIDA según año de diagnóstico Perú 1983–2010



Fuente: GT ETS/VIH/SIDA DGE-Minsa.

Si bien se ha incrementado el número de casos, no ha habido cambios sustanciales con relación a las vías de transmisión, dentro de las cuales la vía sexual aún es la principal, con 97% de casos, seguida de la transmisión vertical (madre-hijo), con 2%, y la transmisión parenteral o sanguínea, con 1%.<sup>8</sup>

Asimismo, la característica de la epidemia en el Perú no ha variado y continúa siendo de tipo concentrada por mantener una prevalencia en población general por debajo del 1% y prevalencia del 5% en las poblaciones

8 Dirección General de Epidemiología. Op. cit.

comprendidas dentro de la categoría ‘hombres que tienen sexo con hombres’ (HSH).

Al respecto, es preciso advertir que, de acuerdo a estudios de vigilancia epidemiológica en población HSH<sup>9</sup> (gays, travestis, transexuales, transgénero y bisexuales), sería la población trans (travestis, transgénero y transexual) la que registra una mayor prevalencia de VIH.<sup>10</sup>

Precisamente por ello –tal como lo ha señalado el Movimiento Homosexual de Lima (MHOL)– es necesario tener en cuenta las limitaciones de la categoría HSH, la cual no permite visibilizar las identidades, sensibilidades y diferencias que se imponen sobre la diversidad sexual

---

9 Durante los años 1996 y 1998, el Ministerio de Salud dispuso, a través del Programa Nacional de Control de ITS, VIH/Sida (Ex Procetss), la realización de los primeros estudios de vigilancia centinela en población de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). Posteriormente, la Dirección General de Epidemiología, en colaboración con la Asociación Civil Impacta ha realizado estudios de vigilancia epidemiológica en población HSH durante los años 2000 y 2002, preservando los criterios de inclusión de vigilancias anteriores, y se ha podido observar que existe población identificada como travesti que presenta elevada prevalencia de VIH –32.2% en el año 2002– (...) En el país existen algunas investigaciones recientes que demostrarían que es en la población trans donde se estaría presentando una mayor vulnerabilidad en la dinámica de la epidemia en el país. Cf. Minsa, Onusida. *Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del Ungass Perú–enero 2008–diciembre 2009*. Lima: Minsa/Onusida, 2010, p. 12.

En: <http://www.unaids.org/es/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/file,57849,es..pdf>

10 Es necesario tomar en cuenta que, de acuerdo al Informe Ungass, hasta el momento no existen cifras oficiales de prevalencia e incidencia en población trans, de lo cual se infiere, por unos pocos estudios localizados, que es una de las poblaciones que registra mayor prevalencia. Cf. Minsa, Onusida. Op. cit., p. 122.

y de género, además de ocultar importantes diferencias a partir de las identidades, puesto que no distingue a las poblaciones que se dedican al comercio sexual y a otras que destacan por sus ocupaciones y/o edades.<sup>11</sup>

Por otro lado, de acuerdo al reporte epidemiológico de la Dirección General de Epidemiología (DGE), la razón hombre–mujer en el 2000 llegó a 2.98, la cual se ha mantenido estable hasta hoy. Al respecto, conforme lo señala el ***Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Aplicación del Ungass Perú (Período enero 2008–diciembre 2009)***, algunos sectores de la sociedad civil señalan un escenario de aparente y progresiva feminización de la epidemia. Sin embargo, no hay evidencias epidemiológicas claras al respecto.<sup>12</sup>

En lo que atañe a la distribución de la epidemia, según población etaria, de acuerdo al reporte en mención, el 32% de casos de SIDA reportados corresponde a personas con edades que fluctúan entre los 25 y 34 años, en tanto la media de la edad de casos de SIDA es de 31.<sup>13</sup>

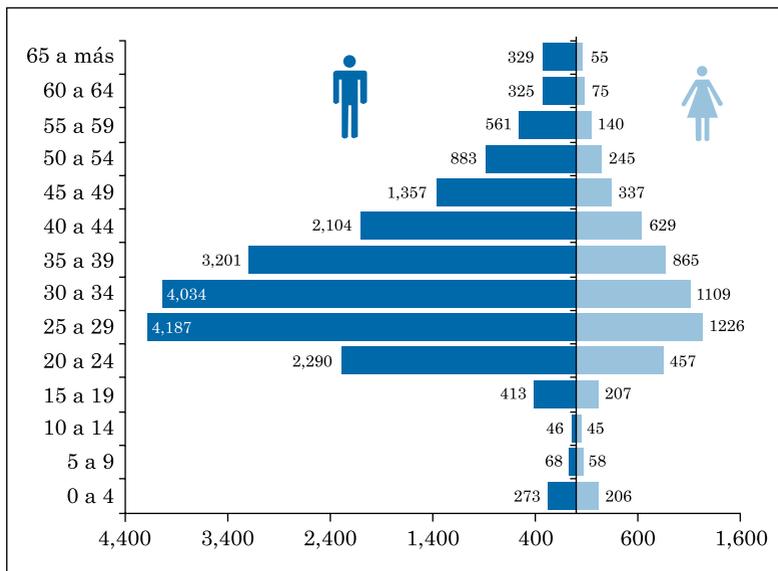
---

11 Bracamonte, Jorge Y Álvarez, Roland (ed). *Situación de los derechos humanos de lesbianas, trans, gays y bisexuales en el Perú. Informe Anual 2005*. Lima: MHOL, 2006, p. 50.

12 Minsa, Onusida. Op. cit., p. 14

13 Cf. Dirección General de Epidemiología. Op. cit.

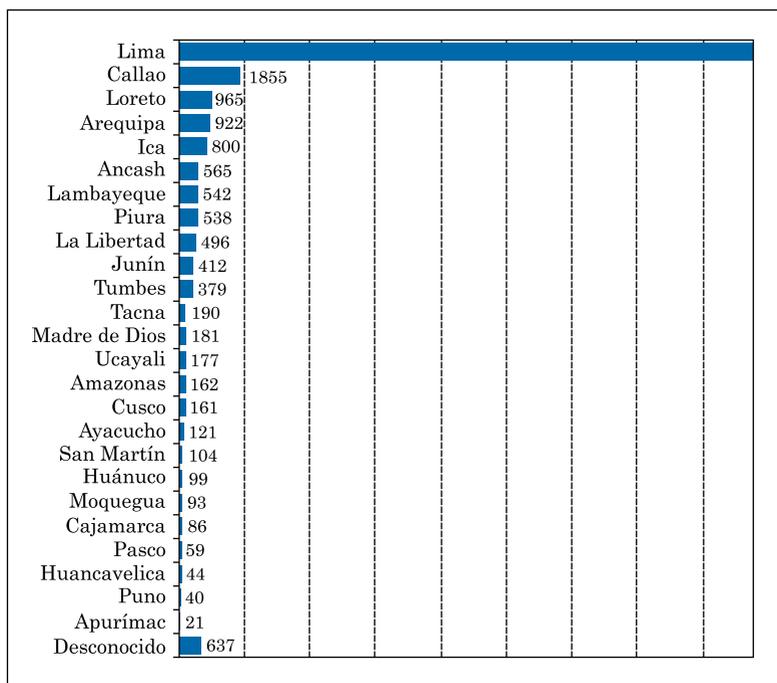
## Gráfico N° 2 Casos de SIDA: Distribución por edad y sexo



Fuente: GT ETS/VIH/SIDA DGE.Minsa.

Otro aspecto a considerar es el impacto de la epidemia en determinadas zonas del país, dentro de las cuales destaca el departamento de Lima y la Provincia Constitucional del Callao, los cuales concentran el mayor número de casos de VIH/Sida reportados, seguidos por aquellos que tienen como características comunes la alta densidad poblacional, el flujo migratorio y la actividad comercial, tales como Áncash, Arequipa, Ica, La Libertad, Lambayeque, Loreto y Piura.

### Gráfico N° 3 SIDA: Casos acumulados 1983–2010



Fuente: GT ETS/VIH/SIDA DGE-Minsa.

En razón de ello, precisamente, las acciones en respuesta a la epidemia se han concentrado en dichas zonas, lo cual ha motivado, a su vez, que en los departamentos menos afectados –aquellos que concentran mayor población rural y en situación de pobreza y pobreza extrema–, los niveles de información básica sobre el VIH/Sida sean menores, lo cual refuerza su vulnerabilidad frente a la epidemia y reduce el impacto de las intervenciones en materia de prevención.

Al respecto, de acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes Varones) correspondiente al 2008,<sup>14</sup> las respuestas de los entrevistados revelan un elevado nivel de información sobre la existencia del VIH y el SIDA (81,3% y 98%, respectivamente), el cual es más elevado en zonas urbanas y de la Costa, siendo abismales las diferencias respecto al área rural, en donde el nivel de información disminuye a 58,5%, en el caso de VIH, y a 80,8% en el caso de SIDA. En la Sierra, estos porcentajes bajan a 63% y 83%.

Por su parte, la Endes correspondiente al 2010<sup>15</sup> revela que, en el caso de las mujeres, el 95,5% ha oído hablar de VIH y el SIDA. Sin embargo, Huancavelica fue el departamento donde se registró el mayor porcentaje de desconocimiento (32,2%), seguido por Cajamarca (16,7%) y Ayacucho (12,5%). Todos estos departamentos están situados en la Sierra, la región natural donde se concentran las mujeres con menor conocimiento en el tema (10,5%).

La situación antes descrita demanda la pronta respuesta de los Gobiernos Regionales de las zonas antes mencionadas a efectos de promover intervenciones multisectoriales acordes a la realidad de sus respectivas jurisdicciones, con especial énfasis en materia de prevención.

---

14 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Perú: Conocimiento, actitudes y autopercepción de los varones de 15 a 39 años sobre el VIH e ITS, 2008. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes Varones)*. Lima: INEI, 2010, p. 9.

15 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Perú, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2010*. Lima: INEI, 2011, p. 279.

De igual manera, merece especial atención el avance de la epidemia en cada departamento, toda vez que, conforme se indicó en el *Informe Defensorial N° 143*,<sup>16</sup> ésta no se distribuye en forma homogénea en cada uno de ellos, sino que existen zonas –provincias y distritos– en las cuales se concentra más que en otras debido a diversos factores como los ya mencionados, así como a otros propios de cada lugar, los cuales no estarían siendo considerados.

Con relación a lo antes indicado, es oportuno mencionar que, si bien la Dirección General de Epidemiología del Minsa publica reportes epidemiológicos mensuales de VIH por medio de su Portal Institucional, éstos contienen información general sobre la situación de la epidemia a escala nacional. Por tal motivo no es posible acceder a información detallada sobre la epidemia a escala regional con la misma periodicidad.

Además de ello, a través de reuniones de trabajo y actividades realizadas en distintas ciudades del país, ha sido posible advertir que las cifras reportadas por las Estrategias Regionales para la Prevención y Control de ITS/VIH y SIDA, no coinciden con las registradas en los boletines publicados por la Dirección General de Epidemiología en lo que respecta a cifras totales, lo cual dificulta su seguimiento y evaluación.

---

16 Defensoría del Pueblo. *Informe Defensorial N° 143, "Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia de VIH: Supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH"*. Lima: Defensoría del Pueblo, 2009, p. 33.

## 2. LA RESPUESTA DESDE EL ESTADO FRENTE A LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA

Tal como se advirtió en el *Informe Defensorial N° 143*,<sup>17</sup> publicado en mayo del 2009, el Estado peruano ha desplegado diversos esfuerzos para hacer frente a la epidemia del VIH/Sida, los cuales han estado marcados por una importante producción normativa sobre la materia, así como por una significativa inversión –proveniente, principalmente, de la cooperación internacional (Fondo Global<sup>18</sup>)–, en acciones orientadas a detener y revertir el avance de la epidemia.

Asimismo, conforme se indica en el Informe Ungass,<sup>19</sup> en los últimos años, instancias gubernamentales como el Ministerio de Educación, el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Justicia –a través del Instituto Nacional Penitenciario INPE)–, han mostrado distintos niveles de involucramiento en la respuesta desde sus respectivas áreas de trabajo. Del mismo modo, tanto el Seguro Social (EsSalud) como los Ministerios del Interior y Defensa (a través de la Sanidad de las Fuerzas Policiales y el Sistema de Salud del Ejército, la Marina y la Fuerza Aérea), han contribuido financieramente

---

17 Cf. Defensoría del Pueblo. Op. cit., pp. 35–40 y 69–103.

18 El Perú cuenta con proyectos financiados por la segunda (USD 23.6 millones), la quinta (USD 8.061,442 millones) y la sexta convocatoria (USD 26.396,898). Asimismo, recientemente se aprobó el financiamiento de la décima ronda (USD 12.499.998) para el período 2011-2015.

19 Cf. Minsa, Onusida. Op. cit., p. 126.

con programas de prevención, atención y tratamiento para sus afiliados en diferentes niveles.

No obstante, lograr una respuesta multisectorial basada en políticas nacionales y regionales claras y coherentes, aún continúa siendo un reto y, si bien se han obtenido avances importantes, la epidemia plantea, con el paso de los años, nuevos desafíos que requieren ser atendidos.

Así, mediante Decreto Supremo N° 005-2007-SA se promulgó el Plan Estratégico Nacional Multisectorial (PEM) 2007–2011 para la prevención y control de las ITS y el VIH/Sida, el cual tiene por finalidad guiar y articular acciones contra el VIH/Sida en el Perú por medio de la consecución de nueve Objetivos Estratégicos.

La implementación de este Plan ha sido uno de los objetivos centrales de las acciones desplegadas en respuesta a la epidemia durante los últimos años, a tal punto que los programas de la Quinta y la Sexta Ronda financiados por el Fondo Global fueron diseñados para cerrar las brechas de su implementación.<sup>20</sup>

Asimismo, la Coordinadora Multisectorial de Salud (Conamusa),<sup>21</sup> incluyó en su estructura consultiva a dos comités multisectoriales para el apoyo técnico a la implementación del PEM:

---

20 Íd., 62.

21 La Conamusa fue creada mediante el Decreto Supremo N° 007–2004–SA y es el mecanismo Coordinador País de los programas financiados por el Fondo Global.

- El Comité de Seguimiento a la implementación del PEM.
- El Comité de Monitoreo y Evaluación del PEM.

Sin embargo, se ha podido observar la falta de armonización de los planes y acciones sectoriales con los objetivos estratégicos del PEM, así como un enfoque centralista que concentra las acciones sobre VIH en el Sector Salud, además de la ausencia de espacios para la evaluación periódica e implementación de las intervenciones de cada Sector orientadas a la consecución de dichos objetivos.<sup>22</sup>

A este respecto, cabe señalar que con el propósito de asegurar la aplicación y sostenibilidad del PEM a escala nacional, también se desplegaron múltiples esfuerzos para su difusión e implementación a escala regional,<sup>23</sup> los cuales se tradujeron en la formulación y aprobación de Planes Estratégicos Regionales Multisectoriales para la prevención y control de las ITS y el VIH/Sida por parte de ocho Gobiernos Regionales (PER),<sup>24</sup> así

---

22 *Ibíd.*, p. 65.

23 Estos se realizaron, principalmente, en el marco del Objetivo 4 del Programa de la 6ta. Ronda del Fondo Global.

24 Los Gobiernos Regionales que cuentan con un PER para la Prevención y Control de las ITS y VIH/sida son:

- Gobierno Regional de Loreto: PER PC ITS y VIH/Sida 2008–2012, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 028-2008-GRL.GR.

- Gobierno Regional de Piura: PER PC ITS y VIH/Sida 2009–2013, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 187-2010/GRP-CR.

- Gobierno Regional de Tumbes: PER PC ITS y VIH/Sida 2010–2015, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 017-2009-GOB.REG.TUMBES.

- Gobierno Regional de Lambayeque: PER PC ITS y VIH/Sida 2010–2015, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 031-2009-GRLAMB.

como en el desarrollo de Planes Operativos Anuales a escala regional y local.<sup>25</sup>

Sin embargo, la implementación de estos planes a escala regional y local tampoco resulta sencilla debido a los diversos factores que deben confluír para que se traduzcan en acciones concretas que permitan alcanzar el impacto esperado. Precisamente, dentro de ellos se debe poner especial atención a la superposición de períodos existente entre el PEM 2007–2011 y los PER, aprobados en su mayoría para el período 2010–2015, así como al cambio de gestión en los Gobiernos Regionales y Locales, con motivo de la elección de nuevas autoridades cuyo mandato se inició este año, lo cual podría suponer un riesgo para la continuidad de dichas acciones.<sup>26</sup>

En esta línea, la Defensoría del Pueblo considera sumamente necesaria e importante la evaluación de la implementación del PEM 2007–2011, sobre la base de

---

- Gobierno Regional del Callao: PER PC ITS y VIH/Sida 2010–2015, aprobado mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 100-2010.

- Gobierno Regional de Junín: PER PC ITS y VIH/Sida 2010–2015, aprobado mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 459-2009-GRJ/PR.

- Gobierno Regional de Ucayali: PER PC ITS y VIH/Sida 2010–2015, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 018-2009-GRU-CR.

- Gobierno Regional de Cajamarca: PER PC ITS y VIH/Sida 2011–2016, aprobado mediante Ordenanza Regional 005-2011-GRCAJ-CR.

25 De acuerdo al Informe Ungass, se formularon 27 Planes Operativos Anuales en Gobiernos Locales del interior del país. Cf. Minsa, Onusida. Op. cit., p. 67.

26 Ciertamente, otro aspecto relevante que debe ser considerado, conforme lo señala el Informe Ungass, es lograr la disponibilidad presupuestal para la implementación de los planes aprobados. Cf. Minsa, Onusida. Op. cit., p. 67.

la cual sea posible la aprobación oportuna del próximo PEM para el período 2012–2016, con la finalidad de reforzar las estrategias de intervención y garantizar la sostenibilidad de los avances logrados.

En este contexto, corresponde a la Conamusa jugar un rol estratégico a través de los espacios conformados para el seguimiento a la implementación del PEM 2007–2011, así como para su evaluación y monitoreo. Asimismo, si bien las Coordinadoras Regionales Multisectoriales de Salud (Coremusas), conformadas en 14 departamentos del país,<sup>27</sup> no guardan relación de dependencia funcional respecto a la Conamusa, constituyen el espacio oportuno para movilizar los esfuerzos requeridos a escala regional y local, a efectos de colocar en la agenda pública el tema VIH/Sida y de promover la participación de los diversos sectores públicos y privados, sin dejar de lado, claro está, el papel protagónico que deben asumir los Gobiernos Regionales en el marco del proceso de descentralización.

Ahora bien, un tema pendiente y de gran importancia en la respuesta a la epidemia del VIH/Sida es la incorporación de la perspectiva de derechos. Conforme lo señala el Informe Ungass,

*“Hasta ahora se ha tomado en cuenta solo aspectos epidemiológicos en la respuesta al VIH/Sida. Es ne-*

---

27 Se han conformado Coremusas en los siguientes departamentos: Áncash, Arequipa, Cajamarca, Callao, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima, Loreto, Piura, Tacna, Tumbes y Ucayali.

*cesario tomar en cuenta, además, aspectos de vulnerabilidad social como son la exclusión social, el estigma y la discriminación, la violencia y la pobreza y la falta de educación en materia de sexualidad”.*

Si no se toman en cuenta aspectos como los señalados anteriormente, los cuales actúan como determinantes de la vulnerabilidad frente al VIH/Sida, no será posible garantizar el ejercicio de los derechos de las personas con VIH y de las poblaciones más afectadas por la epidemia, lo cual, a su vez, tendrá repercusión en la respuesta a la epidemia.

Tal como se indicó en el ***Informe Defensorial N° 143***, resulta innegable la interrelación que existe entre los derechos humanos y la epidemia de VIH/Sida, siendo evidente la importancia y necesidad de una respuesta basada en una perspectiva de derechos.<sup>28</sup> Es necesario, asimismo, que desde los diversos sectores del Estado se internalice que el abordaje de la epidemia no puede ni debe agotarse en el derecho a la salud y que, por lo tanto, la respuesta frente a ella no puede recaer exclusivamente en el Ministerio de Salud.

Es oportuno reiterar, en la línea de lo expuesto hasta aquí, que los principales obstáculos a enfrentar en la lucha contra la epidemia son el estigma y la discriminación asociados al VIH/Sida y a la orientación sexual e identidad de género.

---

28 *Ibíd.*, p. 60.

Al respecto, el ***Informe de Adjuntía N° 005–2010, “Actuación del Estado frente a la discriminación. Casos conocidos por la Defensoría del Pueblo”***<sup>29</sup> reportó que el mayor número de casos de discriminación atendidos por la Defensoría del Pueblo durante los años 2007 y 2008 correspondió a discriminación por VIH (19%).

Además, es oportuno señalar que –conforme se indicó en el literal b) de la parte introductoria del presente informe–, del total de quejas relacionadas al tema VIH/Sida atendidas por la Defensoría del Pueblo durante los años 2009 y 2010, el 23% correspondió a actos discriminatorios y maltratos (30% en el 2009 y 18% en el 2010).<sup>30</sup> Como se puede apreciar, esta cifra representa un incremento con relación al período 2007–2008. No obstante, es necesario señalar que éstas no reflejarían la real magnitud del problema.

---

29 Defensoría del Pueblo. *Informe de Adjuntía N° 005-2010-DP/ADHPD*. Lima: Defensoría del Pueblo, 2009, p. 34.

30 Con relación a este tema, el Informe Ungass señala que, en lo que respecta a estigma y discriminación “(...) se sigue reportando, por parte de la sociedad civil, denuncias sobre violación del principio de confidencialidad del diagnóstico, negación en la atención, homofobia y transfobia en los servicios de Salud, discriminación en la provisión de servicios de Salud representados en cobros indebidos en particular a trabajadoras y trabajadores sexuales, limitación de los servicios solo al control de la epidemia, falta de integralidad en la atención en Salud a pesar de que hay programas financiados por el Fondo Mundial para reducir el estigma y la discriminación.” Cf. Minsa, Onusida. Op. cit., p. 61.

Cabe destacar, por otro lado, que el Estado ha emitido diversas normas orientadas a erradicar el estigma y la discriminación en diversos ámbitos<sup>31</sup> y, si bien no todas ellas están dirigidas a la protección de las personas con VIH/Sida y poblaciones en situación de vulnerabilidad de forma específica, sí constituyen un marco importante para la defensa de sus derechos a la igualdad y a la no discriminación.

Durante los últimos años ha habido una producción normativa importante por parte de los Gobiernos Regionales y Locales en contra de la discriminación, la cual ha estado impulsada en algunos casos por organizaciones de personas con VIH/Sida y poblaciones vulnerables en el marco de los proyectos financiados por el Fondo Global, con el propósito de visibilizar la situación que afrontan y plantear medidas efectivas frente a dicho problema.

Sin embargo, estas normas no han tenido el impacto esperado debido a que existen serias limitaciones para su aplicación, que comprenden desde el temor de las personas afectadas para formular la denuncia correspondiente, hasta la imposibilidad de probar el hecho vulneratorio, con el fin de aplicar la sanción respectiva, pasando por la desidia de algunas autoridades.

---

31 Para obtener mayores referencias se sugiere revisar Defensoría del Pueblo. Op. cit., p. 15.

Frente a ello, resulta necesario redoblar esfuerzos para garantizar la debida aplicación de las leyes que prohíben y sancionan todo acto de discriminación<sup>32</sup>; y, si bien la Defensoría del Pueblo se encuentra comprometida con dicha labor, la participación de las poblaciones afectadas mediante la denuncia oportuna de todo acto discriminatorio es de suma importancia.

Ahora bien, además de lo antes indicado es preciso tener en cuenta que el estigma y la discriminación asociados al VIH/Sida constituyen un problema que no podrá ser resuelto únicamente mediante la aplicación de sanciones, sino que demanda el abordaje de aquellos factores que los refuerzan, dentro de los que destaca la falta de informa-

---

32 Cabe advertir que, además de las sanciones administrativas a las que pudiese haber lugar, la discriminación se encuentra tipificada como delito en el Artículo 323° del Código Penal. El tipo penal vigente sanciona dos modalidades de conducta:

(i) Discriminar a una o más personas o grupo de personas.

(ii) Incitar o promover en forma pública actos discriminatorios.

Para ser pasibles de persecución penal, dichas conductas deben estar fundadas en motivos de raza, religión, sexo, factor genético, filiación, edad, discapacidad, idioma, identidad étnica y cultural, indumentaria, opinión política o de cualquier índole, o condición económica.

Adicionalmente, el tipo penal exige para la configuración del delito que los referidos actos hayan sido realizados con la intención de anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos de la persona.

La pena establecida para este delito es no menor de dos ni mayor de tres años de privación de la libertad, o prestación de servicios a la comunidad de 60 a 120 jornadas. Asimismo, el Código Penal establece dos supuestos de agravación de la sanción en el caso de que el autor sea funcionario o servidor público o cuando los actos discriminatorios se hayan materializado mediante violencia física o mental. En tales supuestos la pena será no menor de dos ni mayor de cuatro años e inhabilitación. Cf. Defensoría del Pueblo. Op. cit., p. 28.

ción sobre el VIH y, principalmente, las formas de transmisión del virus, lo cual acrecienta el temor natural que puede tener toda persona a adquirir la infección y motiva el rechazo de quienes lo han adquirido o se encuentran en mayor riesgo de hacerlo.

Es importante reconocer, a este respecto, que si bien existe abundante información sobre el tema en el país –la cual se encuentra disponible gracias a diversos medios–, ésta no se estaría difundiendo adecuadamente entre toda la población.

En efecto, de acuerdo a la *Endes Varones 2008*, la cuarta parte de informantes de todo el ámbito nacional, pero cerca del 40% de la Sierra y del área rural, creen que las personas pueden infectarse con el virus si comparten alimentos con una persona infectada. Más sorprendente aún es la proporción elevada de la población que está convencida de que las personas se pueden infectar por picadura de mosquitos –más de la mitad en la Selva y prácticamente el 62% de la Sierra y el área rural–, y aún en el área urbana y en Lima Metropolitana, 4 de cada 10 entrevistados comparten esta opinión.<sup>33</sup>

La referida encuesta señala, además, que el sondeo realizado mostró actitudes y conductas un tanto discriminatorias de los varones hacia las personas infectadas y un gran temor de la transmisión por vías

---

33 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) *Endes Varones 2008*. Op. cit., p. 9.

que no son sexuales. Así, por ejemplo, solo un 66.6% estaba de acuerdo en que un escolar varón o mujer con VIH continuase asistiendo a la escuela para recibir clases, y un 56.4% con que un profesor con VIH continuase asistiendo para impartirlas.<sup>34</sup>

Por su parte, la Endes 2010<sup>35</sup> informa que en el país se observa que el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH aún se mantienen en niveles importantes, lo cual debe ser tomado en cuenta por representar la cara oculta de la epidemia, ya que impiden una mejor calidad de vida para las personas que viven con el virus. Así, del total de mujeres entrevistadas con información sobre el VIH/Sida, más de la mitad (54.2%) opinó que una maestra o maestro con VIH sí puede seguir enseñando, aunque respecto a las opiniones sobre si la persona con VIH podría ser despedida de su empleo, el 33% opinó que sí.<sup>36</sup>

---

34 El documento señala, además, que si bien la edad no establecía diferencias claras, sí lo hacían la región y el área de residencia, observándose que en la Sierra, en la Selva y en el área rural, los prejuicios son superiores a los percibidos en otras regiones. Asimismo, en el campo laboral se registró una mayor discriminación toda vez que, en el promedio de la muestra, la quinta parte de los informantes declara que el empleador tiene derecho a despedir a un empleado con SIDA, opinión que en el área rural alcanza el 40% (en la Sierra fue de 35% y en la Selva de 27%). *Ibíd.*, p. 10.

35 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) Endes 2010. *Op. cit.*, p. 287.

36 La encuesta precisa que la mayoría de mujeres que opinaron que una maestra o maestro con VIH no debe continuar impartiendo clases residían en el área rural, con educación primaria o sin educación y ubicadas en el primer o segundo quintil de riqueza. Este comportamiento también se observó en las mujeres que manifestaron que una persona con VIH podía ser despedida de su trabajo. *Ibíd.*, p. 10.

En atención a lo antes señalado, cabe considerar la necesidad de que la respuesta frente a la epidemia –desde todos los niveles– incluya dentro de sus componentes principales el abordaje transversal del estigma y la discriminación, y valore la importancia de la difusión de la información básica sobre el VIH como una estrategia fundamental para su erradicación.

## **2.1 La respuesta sanitaria frente a la epidemia del VIH**

En lo concerniente a la respuesta sanitaria, se debe empezar por señalar que ésta ha recaído en el Minsa en virtud de su rol rector y, dentro de éste, es la Estrategia Sanitaria Nacional para la Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA (Esnitts) la que está cumpliendo un rol clave.

Sin embargo, conforme lo advierte el PEM 2007-2011,<sup>37</sup> las modificaciones realizadas a la estructura del Minsa, orientadas a avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud, le restaron poder de decisión a la Esnitts –que pasó de ser un programa transversal con presupuesto propio, a una estrategia vertical con carácter técnico y normativo–, lo cual afectó, a la vez, la consecución de sus objetivos.

---

37 Ministerio de Salud (ed.). *Plan Estratégico Multisectorial de Salud 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA en el Perú*. Lima: Minsa, 2007, p. 27.

Además de ello, el Informe Ungass<sup>38</sup> advierte que no existe un trabajo intersectorial en la respuesta nacional del VIH/Sida y que, dentro del Minsa, las estrategias guardan una interrelación débil, lo cual constituye una gran dificultad, especialmente para el trabajo en Tuberculosis, Salud Sexual y Reproductiva, Promoción de la Salud y Salud de los Adolescentes.<sup>39</sup>

No obstante ello, la Esnitss ha asumido diversas responsabilidades en los últimos años.<sup>40</sup> Entre ellas destaca la regulación de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida, sobre la base de los cuales se llevó a cabo la supervisión defensorial que es materia de este Informe y que será objeto de análisis más adelante.

---

38 Minsa, Onusida. Op. cit., p. 123.

39 Respecto a la relación entre la Esnitss y la ESSR, el estudio “*PERÚ: Análisis situacional y diagnóstico de Necesidades en torno al acceso a condones masculinos y femeninos. Opinan tomadores de decisión, proveedores de servicios de salud y usuarios/as*”, refiere que “(...) fue posible observar que la mayor parte de los informantes percibe que en la respuesta nacional no existe articulación entre la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva y la Estrategia de VIH y SIDA. Cada una tiene su propia lógica, su población beneficiaria y líneas de atención. Señalan como dificultades para lograr dicha articulación la ausencia de políticas de consenso, a pesar de que en algunos temas podrían establecerse; el trabajo en equipo es limitado y no forma parte de la cultura institucional; y también se menciona la presencia de condiciones poco adecuadas para generar un trabajo articulado como, por ejemplo, limitados recursos humanos adecuadamente capacitados y motivados para asumir nuevas tareas como resultado de la integración.” Cf. Minsa, Unfpa. *Perú: Análisis situacional y diagnóstico de necesidades en torno al acceso a condones masculinos y femeninos. Opinan tomadores de decisión, proveedores de servicios de salud y usuarios/as*. Lima: IES, 2009, p. 30.

40 Mediante la Resolución Ministerial N° 485-2010/MINSA, publicada el 19 de junio del 2010, se dispuso que la Esnitss asuma y ejercite las funciones de prevención, diagnóstico y tratamiento para el control de la Hepatitis B.

Precisamente, con relación a la producción normativa del Sector Salud en materia de VIH, el ***Informe Defensorial N° 143***<sup>41</sup> advirtió un preocupante nivel de falta de organización y sistematización normativa y señaló, entre otros inconvenientes, los siguientes:

- Gran dispersión de las normas.
- Ausencia de técnica legislativa en su construcción.
- Ausencia de sistemática normativa.
- Uso restringido del concepto de publicidad de la norma.
- Riesgo de interpretación distorsionada de la norma según usuario final.
- Modificación o derogación, en la práctica, de normas de mayor jerarquía por normas de inferior rango.
- Necesidad de armonizar la legislación nacional con estándares internacionales de protección de derechos humanos.
- Ausencia de una concepción integral de la problemática del VIH/Sida.

Si bien estos inconvenientes han sido superados en parte mediante la creación del Portal VIH y SIDA, vinculado al Portal Institucional del Minsa,<sup>42</sup> en el cual se encuentra disponible información sobre la materia, así como a través de la revisión de algunos dispositivos legales,<sup>43</sup> conforme lo señala el Informe Ungass, se re-

---

41 Defensoría del Pueblo. *Informe Defensorial N° 143*. Op. cit., p. 26.

42 <http://www.minsa.gob.pe/PortalVIH/default.asp>

43 Además de ello, cabe resaltar que la Defensoría del Pueblo, en el marco del Proyecto “Apoyo a los Derechos Humanos en personas afectadas y viviendo con VIH”, financiado por el PNUD, en el año 2010 diseñó

quiere la actualización y revisión periódica de las normas, además de establecer sanciones claras y efectivas a quienes las incumplan,<sup>44</sup> lo cual debe ir acompañado de acciones orientadas a garantizar la adecuada difusión de su contenido.

Asimismo, un tema pendiente y de vital importancia en materia normativa es el referido a la regulación del acceso de los adolescentes a los servicios de salud en materia de VIH, toda vez que en la práctica no se han implementado mecanismos que aseguren la adecuada atención de este sector de la población.<sup>45</sup>

Además de lo señalado anteriormente, la Esnitss ha identificado, entre otros retos pendientes, los siguientes:<sup>46</sup>

- Fortalecer la atención integral para ITS, VIH y SIDA en el marco del aseguramiento universal en el país.<sup>47</sup>

---

el “Sistema de Consultas de Normas sobre VIH”, el cual se encuentra disponible en el Portal Institucional ([www.defensoria.gob.pe](http://www.defensoria.gob.pe)), a través del cual se espera contribuir con el acceso a las normas nacionales y documentos internacionales sobre VIH/sida.

44 Minsa, Onusida. Op. cit., p. 124.

45 Cf. Defensoría del Pueblo. Op. cit., p. 111

46 Estrategia Sanitaria Nacional de ITS/VIH y SIDA. *Respuesta integral a la epidemia de VIH/Sida*. Presentación expuesta en el marco del “Taller Nacional de intercambio de experiencias y sinergias para realizar una respuesta multisectorial frente al VIH/Sida”. Lima: 14 de diciembre del 2010.

47 La Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal, tiene por objeto establecer el marco normativo de aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento. Esta norma contiene los principios de universalidad, solidaridad, unidad,

- Fortalecer la descentralización de los servicios de los diferentes niveles de atención en todo el país, con énfasis en las Regiones de frontera, de mayor pobreza y con poblaciones indígenas.
- Impulsar la rectoría a través de las funciones de salud pública con la participación de otras áreas del Minsa y otros Ministerios en el marco del trabajo inter, intra y multisectorial.
- Fortalecer los mecanismos de sostenibilidad de las acciones de prevención y control de ITS, VIH/Sida a través de los presupuestos participativos, el Seguro Integral de Salud (SIS) y el desarrollo de recursos humanos.
- Mejorar la calidad de la atención en los servicios mediante la acreditación y la evaluación continua.
- Desarrollar la investigación operativa y mejorar el sistema de información para la toma de decisiones.

Ahora bien, un tema que merece mención especial es el referido al monitoreo y evaluación (M&E) del impacto de

---

integralidad, equidad, irreversibilidad y participativo, y es de aplicación a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas vinculadas al proceso de aseguramiento universal en salud, en todo el territorio nacional.

El Aseguramiento Universal en Salud se entiende como un proceso gradual y sostenido dirigido a dotar a todos los peruanos de un seguro en salud sobre la base de un paquete de atenciones definido por ley. Es el Minsa, en ejercicio de su rol rector en el Sector Salud, la entidad que tiene la responsabilidad de establecer de manera descentralizada y participativa las normas y las políticas relacionadas con la promoción, la implementación y el fortalecimiento del aseguramiento universal en salud. Ciertamente, la implementación del Aseguramiento Universal en Salud tendrá impacto en las intervenciones sanitarias en materia de VIH, las cuales han sido consideradas en el Plan de Beneficios del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, aprobado mediante el Decreto Supremo N° 016-2009-SA, publicado el 29 de noviembre del 2009.

la epidemia de VIH/Sida, así como de las intervenciones sanitarias en materia de VIH/Sida. Tal como lo señala el Informe Ungass, la respuesta nacional al VIH/Sida no cuenta con un sistema de M&E integrado. Además, si bien el PEM 2007–2011 ha desarrollado lineamientos para el monitoreo y evaluación y tiene indicadores para cada uno de sus objetivos, hasta ahora no se ha transformado en un sistema de M&E funcional y efectivo.

Precisamente, una de las recomendaciones contenidas en el *Informe Defensorial N° 143*, dirigida al Minsa, fue

“IMPLEMENTAR un sistema de información y monitoreo de indicadores que permita evaluar el impacto de las intervenciones sanitarias en materia de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida, con vistas a fortalecer y ampliar las respuestas multisectoriales frente a los diferentes escenarios que se presentan en cada grupo poblacional y zonas del país”.<sup>48</sup>

Sin embargo, si bien mediante la Resolución Ministerial N° 436–2009/MINSA del 1 de julio del 2009 se aprobó la Directiva Administrativa N° 153–MINSA/OGEI V.01, “Directiva Administrativa para el Sistema de Monitoreo y Evaluación Integral de Indicadores SMEii de la ESN PyC ITS/VIH-SIDA y la ESN PCT”,<sup>49</sup> el Perú no cuenta

---

48 Defensoría Del Pueblo. *Informe Defensorial N° 143*. Op. cit., p. 203.

49 Esta Directiva tiene como objetivos:

- Establecer los lineamientos para el sistema de información relacionado con la captura de información sobre atención de personas con VIH/Sida o TB en el ámbito de aplicación del proyecto.

aún con un Sistema de M&E que permita la obtención de información sobre la base de la cual sea posible medir el impacto de los avances logrados y replantear las estrategias de intervención propuestas, de ser el caso.

Cabe señalar que la ausencia de un sistema de Monitoreo y Evaluación de las intervenciones sanitarias constituye un rasgo limitante que afecta a todo el Sector, el cual requiere una herramienta que le permita contar con la información suficiente para conocer el impacto de sus acciones a partir de criterios estandarizados. A ello se suma, además, la ausencia de mecanismos de supervisión periódica de los servicios de salud que garantice la adecuada prestación y calidad de éstos.

## **2.2 El presupuesto en materia de VIH/Sida<sup>50</sup>**

Es pertinente revisar las partidas presupuestales asignadas a las actividades de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida y su correlación con las políticas en materia de VIH, toda vez que resulta un

- 
- Disponer el uso del software aplicativo en el que se soportará el sistema de información.
  - Disponer una base de datos con información individual de atenciones a personas con VIH/Sida, realizadas en establecimientos de salud que brindan Targa, e información colectiva de las actividades que se realizan en la ESN PyC ITS/VIH-SIDA y la ESN PCT en el ámbito nacional, recogida por medio de resúmenes mensuales.
  - Mejorar los procesos de obtención de indicadores orientados a monitorear la evaluación de las personas afectadas.

50 La información presupuestal fue tomada del Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del Ungass Perú – Período Enero 2008–Diciembre 2009. Cf. Minsa, Onusida. Op. cit., pp. 36-46.

aspecto fundamental en la previsión, planificación y ejecución de éstas.

Sobre el particular, tal como se señaló en el **Informe Defensorial N° 143**<sup>51</sup>, el análisis de las estructuras del presupuesto para la planificación de la intervención y la asignación eficiente de los recursos disponibles para el control del VIH no es sencillo debido a que la información sobre costos y presupuestos se encuentra dispersa y es de difícil obtención.

En atención a ello, gracias a una iniciativa del Onusida se diseñó una herramienta de Medición del Gasto en SIDA (Megas), la cual se alimenta de información procedente de diversas entidades públicas, entidades privadas y de cooperación internacional, y permite centralizar información referida al costo directo para la realización de intervenciones en el VIH/Sida.<sup>52</sup>

Así, de acuerdo a la información presupuestal disponible correspondiente al período 2008–2009,<sup>53</sup> se puede contar con estos datos:

- El gasto en SIDA en el año 2008 ascendió a 132.2 millones de nuevos soles (USD 45.2) y, en el año 2009, a 143.8 millones de nuevos soles (USD 47.7 millones).

---

51 Defensoría del Pueblo. *Informe Defensorial N° 143*. Op. cit., p. 94.

52 Esta herramienta está siendo transferida al Minsa para los fines correspondientes.

53 Para acceder a información presupuestal correspondiente al período 2005–2007, se sugiere revisar el *Informe Defensorial N° 143*. Cf. Defensoría del Pueblo. *Informe Defensorial N° 143*. Op. cit., pp. 95–100.

- De acuerdo a las categorías de gasto, conforme se puede apreciar en el cuadro siguiente, en el 2008 se invirtieron 47, 7 millones de nuevos soles (36.1% del gasto total) en *Prevención* y, en el 2009, se invirtieron 47, 4 millones de nuevos soles (32.9% del gasto total) en la misma categoría.

**Tabla N° 8**  
**Gasto en VIH por Categoría de Gasto 2008–2009**  
**en nuevos soles**

Función agregada		2008	2009	Total
1	Prevención	47,711,567	47,350,045	95,061,612
2	Atención y tratamiento	55,117,095	72,989,813	128,106,908
3	Huérfanos y niños vulnerables	3,277,385	2,046,106	5,323,491
4	Gestión y administración de programas	5,830,134	6,717,646	12,547,780
5	Recursos humanos	79,984	26,221	106
6	Protección social y servicios sociales	727,653	511,363	1,239
7	Entorno favorable	8,534,008	6,812,671	15,346,679
8	Investigación relacionada con VIH/Sida	10,984,377	7,331,244	18,315,621
<b>Total general</b>		<b>132,262,204</b>	<b>143,785,109</b>	<b>276,047,313</b>

Fuente: Minsa/Onusida.

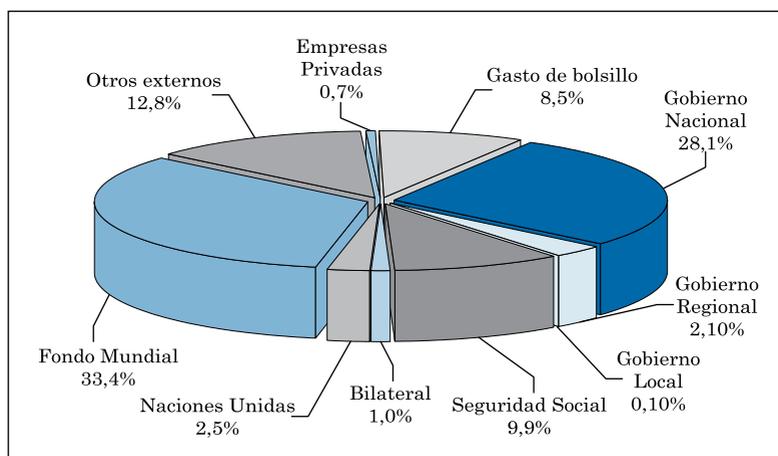
Como se puede observar, el gasto en la categoría *Atención y Tratamiento* estuvo por encima de la categoría de *Prevención*, el cual, si bien se fue incrementando pro-

gresivamente, en el 2009 registra una disminución respecto al 2008, a diferencia de la primera, que registró un incremento considerable en el 2009.

En lo que respecta a fuentes de financiamiento, el presupuesto proveniente del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria representó la principal fuente de financiamiento en el 2008, con 33.5% del gasto total, en tanto que el Gobierno Nacional financió el 28.2%.

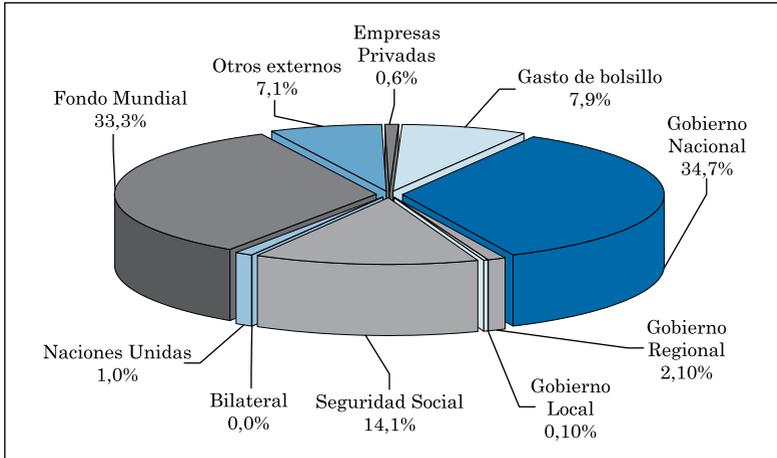
Una situación diferente se apreció en el año 2009, durante el cual fue el presupuesto proveniente del Gobierno Nacional el que constituyó la principal fuente de financiamiento con el 50.1% del gasto total, en tanto que el Fondo Global aportó el 33.2%.

**Gráfico N° 4**  
**Fuentes de Financiamiento 2008**



Fuente: Minsa/Onusida.

### Gráfico N° 5 Fuentes de Financiamiento 2009



Fuente: Minsa/Onusida.

Conforme se puede apreciar, el gasto por fuente de financiamiento proveniente del Sector Público muestra un crecimiento sostenido, debido principalmente al financiamiento del Gobierno Nacional, que cabe destacar, lo cual plantea a su vez nuevos retos a efectos de garantizar que esta inversión obtenga los resultados esperados.

Ahora bien, es oportuno mencionar que, conforme se ha señalado anteriormente en este documento, diversos Gobiernos Regionales y Locales han aprobado documentos mediante los cuales se reconoce, como prioridad en sus respectivas jurisdicciones, la intervención en materia de VIH/Sida. Sin embargo, dichas iniciativas difícilmente obtendrán el impacto esperado si no cuen-

tan como correlato con el incremento de sus presupuestos para la consecución de los objetivos planteados.

Por esta razón, el incremento del gasto en SIDA proveniente de los Gobiernos Regionales y Locales en los próximos años cobra especial importancia y demanda una evaluación y planificación oportunas.

En este contexto, el Presupuesto por Resultados (PpR)<sup>54</sup> se convierte en una valiosa herramienta para garantizar

---

54 Cabe señalar que un objetivo fundamental de la administración pública es contar con un Estado capaz de proveer de manera eficaz, oportuna, eficiente y con criterios de equidad, los bienes y servicios públicos que requiere la población. Para ello, el Presupuesto Público constituye el principal instrumento de programación financiera y económica que apunta al logro de las funciones del Estado de asignación, distribución y estabilización.

El Presupuesto Público puede generar cambios en la gestión pública planteando reformas en el desempeño de las instituciones del Estado. Con este fin, la Dirección Nacional del Presupuesto Público (DNPP), en tanto ente rector del Proceso Presupuestario, estableció desde el 2007 los cambios necesarios para definir este proceso con un nuevo enfoque, el de Resultados. Así, mediante la aprobación de la Ley 28927, Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2008, Capítulo IV, se incorporaron los elementos básicos para dar inicio a un proceso de implementación del presupuesto por resultados en el Perú, estableciendo una ruta para su progresiva implementación en todas las entidades.

El Presupuesto por Resultados parte de una visión integrada de planificación y presupuesto y la articulación de acciones y actores para la consecución de resultados. Asimismo, supone el diseño de acciones en función de la resolución de problemas críticos que afectan a la población y requiere la participación de diversos actores, que alinean su accionar en tal sentido. Su implementación tiene por objetivo “lograr que el proceso de gestión presupuestaria se desarrolle según los principios y métodos del enfoque por resultados contribuyendo a construir un Estado eficaz, capaz de generar mayores niveles de bienestar en la población”. Cf. MEF/DNPP. *Presupuesto por Resultados*. Consulta: 21 de abril del 2011. En: [http://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_public/documentacion/generales/PRESUPUESTO\\_POR\\_RESULTADOS.pdf](http://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/documentacion/generales/PRESUPUESTO_POR_RESULTADOS.pdf)

los recursos necesarios, a fin de asegurar la sostenibilidad de las intervenciones sanitarias en materia de VIH, el cual permitirá, además, articular políticas y acciones, así como sumar recursos para lograr su eficacia en materia de prevención, atención y tratamiento del VIH. En razón de ello, su adecuada implementación constituye todo un reto para las diferentes entidades públicas de los Gobiernos Nacional, Regionales y Locales –este último, a partir del 2011–, involucradas con la respuesta a la epidemia del VIH/Sida.

### 3. LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH/SIDA

Conforme se mencionó en el *Informe Defensorial N° 143*,<sup>55</sup> el abordaje de la epidemia no puede ni debe agotarse en el derecho a la salud. No obstante, al haberse establecido que éste es indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, es impostergable asegurar que las personas con VIH/Sida gocen de todos los atributos que corresponden a este derecho. Esto supone, a su vez, garantizar una atención integral en salud, así como el acceso universal de toda persona a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH, el cual es indispensable para respetar, proteger y cumplir con los derechos humanos, incluido el derecho a disfrutar del máximo nivel alcanzable de salud.

Es así que, sobre la base de lo dispuesto por la Ley N° 26626<sup>56</sup>, modificada por la Ley N° 28243, el Minsa emitió un conjunto de dispositivos legales mediante los cuales se reguló la prestación de los servicios de

---

55 Defensoría del Pueblo. *Informe Defensorial N° 143*. Op. cit., p. 60.

56 Esta Ley estableció, respecto de la atención que se debía brindar a las personas con VIH, que “toda persona tiene derecho a la atención médica integral y a la prestación previsional que el caso requiera”, obligándose al Estado a “brindar dichos servicios a través de las instituciones de salud donde tenga administración, gestión o participación directa e indirecta; y, dentro del régimen privado, los derechos de atención médica integral de seguros se harán efectivos cuando se trate de obligaciones contraídas en una relación contractual”.

prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida en los establecimientos de salud bajo su rectoría.

Teniendo en consideración lo indicado anteriormente, la supervisión registrada en el ***Informe Defensorial N° 143*** estuvo orientada, por un lado, a verificar el cumplimiento de las normas que regulan la prestación de los servicios antes indicados; y, de otro, a determinar si existen deficiencias en su funcionamiento a efectos de contribuir con el fortalecimiento de la respuesta sanitaria mediante recomendaciones y sugerencias que permitan atender la problemática identificada.

De igual manera, con relación a la segunda supervisión a los servicios de prevención, atención y tratamiento, realizada durante el año 2010, también se tomaron como referencias los dispositivos legales en mención, algunos de los cuales han sido modificados.

En razón de ello, a continuación se presentan algunas consideraciones sobre los servicios supervisados y las normas que los regulan.

### **3.1 La consejería en ITS y VIH/Sida**

Mediante la Resolución Ministerial N° 264-2009/MINSA, publicada el 25 de abril del 2009, se aprobó el “Documento Técnico: Consejería en ITS y VIH/SIDA”, mediante el cual se regula la prestación del servicio de consejería en ITS y VIH/Sida y se deja sin efecto la Resolución Ministerial N° 125-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N°

005–2003–MINSA/DGSP-V.01, “Norma Técnica para la atención de consejería en Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/Sida”.

El objetivo general del Documento Técnico vigente en la actualidad es:

“Establecer las orientaciones técnicas para el desarrollo de la consejería en ITS/VIH y SIDA en los establecimientos del Sector Salud a nivel nacional (Ministerio de Salud, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, Clínicas y otros del Sub Sector Privado), bajo el marco del Modelo de las 4C”.<sup>57</sup>

Asimismo, precisa que la consejería es reconocida como una de las estrategias más importantes en las intervenciones en prevención, atención y soporte a las personas afectadas por las ITS, el VIH y Sida.<sup>58</sup>

Cabe señalar que el referido Documento Técnico, a diferencia de la Norma Técnica derogada, no hace referencia expresa a la gratuidad del servicio; sin embargo, ello no afecta su condición de tal.

---

57 NT N° 005-2003-MINSA/DGSP-V.01, Sección III, num. 3.1.

58 Al respecto, cabe mencionar que de acuerdo a la Enitss, desde 1977, la Consejería en ITS y VIH/Sida no ha evolucionado a la par con los nuevos conocimientos que se han ido adquiriendo sobre estas enfermedades. Durante esta etapa no se ha podido conocer el impacto de la consejería en los usuarios y su efectividad en los cambios de comportamiento.

Además de lo señalado anteriormente, el Documento reitera la necesidad de garantizar la privacidad y confidencialidad del servicio, así como en el espacio y tiempo adecuados para asegurar su efectividad.<sup>59</sup>

De igual manera, en este documento se hace referencia a cuatro modalidades de consejería:

- Consejería en Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- Consejería en diagnóstico para VIH.
- Consejería a Grupos de elevada prevalencia para ITS y VIH.
- Consejería de soporte a personas que viven con VIH o SIDA y prevención positiva.

No obstante ello, en vista de la investigación defensorial realizada, se puso especial atención a la prestación del servicio de Consejería en ITS y VIH, la cual, a su vez, puede ser de dos tipos: *Consejería pre test*, que se brinda antes de la prueba diagnóstica para VIH/Sida y tiene carácter obligatorio; y la *Consejería post test*, que se realiza una vez obtenido el diagnóstico, sea éste positivo o negativo.

Ahora bien, conforme se ha indicado anteriormente, la Ley N° 26626, modificada por Ley N° 28243, establece la voluntariedad de las pruebas para el diagnóstico de VIH y la obligatoriedad de la Consejería pre test,

---

59 *Íbid.*, num. 5.1.2.

pero es preciso señalar que, si bien la norma establece excepciones a la voluntariedad de la prueba, es indispensable que se brinde consejería previa en todos los casos, incluso en los establecidos como excepción.<sup>60</sup>

Precisamente, con relación a las excepciones a la voluntariedad del diagnóstico de VIH, la norma establece que entre ellas se encuentra el caso de las madres gestantes, “a fin de proteger la vida y la salud del niño por nacer, cuando exista riesgo previsible de contagio o infección y para disponer las medidas o tratamientos pertinentes”.

Al respecto, la Defensoría del Pueblo ha dado a conocer en reiteradas oportunidades<sup>61</sup> que es prioritario garantizar la prestación del servicio de consejería para el VIH/sida a gestantes, de tal manera que aquellas que no estén comprendidas dentro del supuesto de excepción que establece la norma, esto es, aquellas que se encuentren libres de riesgo previsible de contagio o infección, tengan la capacidad de decidir por sí mismas la realización

---

60 Ley N° 26626, modificada por la Ley N° 28243, art. 4°:

“Las pruebas para diagnosticar el VIH y el SIDA son voluntarias y se realizan previa consejería obligatoria. Se consideran casos de excepción a la voluntariedad:

a) El de los donantes de sangre y órganos.

b) El de la madre gestante, a fin de proteger la vida y la salud del niño por nacer, cuando exista riesgo previsible de contagio o infección y para disponer las medidas o tratamientos pertinentes. En este caso, es obligatoria la consejería previa.

c) Los demás casos establecidos por leyes específicas.”

61 *Informe Defensorial N° 138*, p. 65; *Informe Defensorial N° 143*, pp. 118–122 e *Informe de Adjuntía N° 01-2010/DP-ADM*, pp. 20–21.

de la prueba, disminuyendo así el riesgo de transmisión vertical y asegurando su atención oportuna.<sup>62</sup>

En la línea de lo expuesto anteriormente, es oportuno advertir que el Documento Técnico vigente, a diferencia de la Norma Técnica anterior, no contempla el uso del Formato de Solicitud de Elisa para VIH/Sida con firma de consejero y, en el caso del Formato de Consentimiento Informado para realizar la prueba de Elisa para VIH –el cual debe estar firmado por la persona que brindó la consejería–, señala que dicho procedimiento se debe acreditar, “salvo en aquellos casos en que la ley dispone que no es necesario el consentimiento informado: donantes de sangre y gestantes– Ley Contrásida y su modificatoria”.<sup>63</sup>

Con relación al uso del formato de solicitud de Elisa para VIH con firma del consejero, cabe destacar que la Norma Técnica N° 064–MINSA/DGSP–V.01, “Norma Técnica de Salud para Profilaxis de la Transmisión Madre–Niño del VIH y la Sífilis congénita”, incorporó como Anexo N° 17 dicho documento, mediante el cual se dejaría constancia de la realización de este procedimiento en gestantes, en la medida en que debe ser firmado por la persona que tuvo a su cargo la consejería.

Sin embargo, con relación a la aplicación del Consentimiento Informado en el caso de gestantes, conforme

---

62 Defensoría del Pueblo. *Informe Defensorial N° 138*, Op. cit., p. 65.

63 NT N° 005-2003-MINSA/DGSP-V.01, num. 5.4.2.1.1 y 5.4.2.1.4.

se desprende de lo señalado líneas arriba, el *Documento Técnico: Consejería en ITS y VIH/SIDA* plantea la obligatoriedad del diagnóstico de VIH a todas las gestantes;<sup>64</sup> en tanto, de acuerdo a la Ley N° 26626, modificada por la Ley N° 28243, la obligatoriedad de esta prueba solo sería oponible a los casos en los que exista riesgo previsible de contagio o infección.

A propósito de ello se debe reiterar que es necesario que los dispositivos que regulan los procedimientos de atención a gestantes sean coherentes entre sí y con relación a las leyes emitidas sobre la materia.<sup>65</sup>

Por otro lado, en lo que respecta a la Consejería post test, tal como se señaló en el *Informe Defensorial N° 143*,<sup>66</sup> es sumamente importante reconocer el impacto que puede generar cuando el resultado obtenido es negativo, toda vez que se convierte en la oportunidad para reforzar la información proporcionada durante la Consejería pre test –sin dejar de contemplar la posibilidad de que el consultante se encuentre en el período ventana–, y lograr que el paciente tome conciencia sobre la adopción de medidas preventivas.

Asimismo, cuando el resultado obtenido es positivo, la Consejería post test es determinante respecto de

---

64 Situación similar se presenta con relación a la NT para la Profilaxis de la Transmisión Madre-Niño del VIH y Sífilis Congénita, a la cual haremos referencia más adelante.

65 Informe de Adjuntía 01-2010/DP-ADM, pág. 20.

66 Defensoría del Pueblo. *Informe Defensorial N° 143*, Op. cit., p. 109.

incidir en las decisiones que adopte el consultante, principalmente en lo que respecta a tratamiento.

Ahora bien, es importante que este servicio se vea complementado con medidas que permitan a los consultantes ampliar y reforzar la información recibida, así como adoptar prácticas que disminuyan el riesgo de contraer la infección. Entre ellas se encuentran precisamente la entrega de condones y folletería a todos los consultantes.

Cabe indicar, a este respecto, que el *Documento Técnico: Consejería en ITS y VIH/SIDA* vigente no dispone la entrega de condones y folletos en los términos en que lo hacía la Norma Técnica anterior. Así, este Documento no hace referencia a la entrega de folletos y solo señala, dentro del Modelo de Flujograma para Consejería en ITS, la entrega de material de apoyo “en caso esté disponible”.

Lo señalado anteriormente causa cierta preocupación debido a que no se estaría asegurando el aprovisionamiento de material informativo (folletos) a los establecimientos de salud, pese a ser una medida importante para complementar el servicio brindado.

Respecto a la entrega de condones cabe precisar que el Documento Técnico en mención solo señala que se debe hacer entrega de condones al final de la sesión de consejería.<sup>67</sup> Sin embargo, en este caso, ello responde a que, mediante la Resolución Ministerial N° 242–2009/

---

67 Documento Técnico: Consejería en ITS y VIH/Sida, num. 5.3.3.4.

MINSA, publicada el 20 de abril del 2009, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 022–MINSA/DGSP–V01, “Directiva Sanitaria para la distribución del condón masculino a usuarios y usuarias en servicios de salud”, la cual, en su Anexo N° 1, precisa las cantidades mínimas de condones masculinos a entregar por mes en las atenciones a *población–objetivo*.

Finalmente, cabe expresar una vez más la preocupación de la Defensoría del Pueblo con relación a la prestación del servicio de consejería y diagnóstico en ITS y VIH/Sida en adolescentes, toda vez que hasta ahora no se han implementado mecanismos que aseguren la adecuada atención de este sector de la población en todos los establecimientos de salud.

Por el contrario, los dispositivos legales vigentes<sup>68</sup> limitan el acceso de este sector de la población a los servicios de salud en ITS y VIH/Sida e inciden en la situación de especial vulnerabilidad en que se encuentran los adolescentes frente a la epidemia del VIH/Sida, principalmente quienes viven en situación de calle y abandono, en razón de la cual urge la adopción de medidas que permitan asegurar la atención integral en salud de los adolescentes.

---

68 Para mayor referencia consultar Defensoría del Pueblo. *Informe Defensorial N° 143*, Op. cit., pp. 110–113.

**Tabla N° 9**  
**Número de atenciones registradas por los establecimientos del Ministerio de Salud en el ámbito nacional: Consejería en ITS y VIH/Sida**

Descripción	2009	2010
N° de atenciones	3'110,055	2'815,953

Fuente: Minsa/Esnitss.

### 3.2 La atención médica periódica

El servicio de Atención Médica Periódica (AMP), una de las estrategias de prevención del VIH implementadas por el Sector Salud con relación al perfil de la epidemia en el Perú,<sup>69</sup> se encuentra regulado en la actualidad por la Directiva Sanitaria N° 030–MINSA/DGSP–V.01, aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 650–2009/MINSA, publicada en septiembre del 2009.<sup>70</sup>

De acuerdo a lo establecido por el referido dispositivo, la AMP es definida como “(...)el control sistemático y

69 La epidemia de VIH en el Perú es del tipo concentrada, o cual implica que tiene una prevalencia menor al 1% en población general (determinada a partir de los estudios en gestantes), en tanto que la prevalencia en poblaciones específicas o en situación de mayor riesgo es superior al 5% (determinado a partir de los estudios en HSH en el país).

70 A través de esta Resolución Ministerial se dejó sin efecto a la Directiva N° 07-2003-MINSA-DGSP-DEAIS-V.01. Cabe señalar que dicha Resolución no derogó expresamente la Directiva antes indicada debido a que –conforme se advirtió en el Informe Defensorial N° 143-, ésta no fue aprobada mediante Resolución Ministerial.

*periódico en busca de infecciones de transmisión sexual (ITS) que se realiza a todos los trabajadores/as sexuales y HSH, no importando su estado serológico (Sífilis, VIH/SIDA) con una periodicidad de 30 días”.*

Por otro lado, cabe precisar que la norma vigente incorporó como una de las poblaciones–objetivo del servicio, de manera expresa, a los grupos comprendidos dentro de la categoría *hombres que tienen sexo con hombres (HSH)*, debido a que la norma anterior<sup>71</sup> solo hacía referencia a los trabajadores y trabajadoras sexuales.

Lo expuesto anteriormente constituía un grave problema en la medida que solo quedaban comprendidas dentro del alcance de dicha norma las poblaciones dedicadas al trabajo sexual, situación que dificultaba el monitoreo de las intervenciones y el curso de la epidemia, además de pasar por alto los diferentes condicionantes de vulnerabilidad que tienen los trabajadores y trabajadoras sexuales, así como los HSH.

Precisamente por ello, en el *Informe Defensorial N° 143* se advirtió la necesidad de actualizar el contenido de la Directiva N° 07–2003–MINSA/DGSP–DEAIS–V.01, con la finalidad de establecer disposiciones acordes con las características propias de los segmentos comprendidos dentro de la categoría HSH, así como para considerar dentro de sus alcances a aquellos grupos que no practican el trabajo sexual.

---

71 Directiva N° 07-2003-MINSA-DGSP-DEAIS-V.01 “Sistema de Atención Médica Periódica para Trabajadores y Trabajadoras Sexuales”.

No obstante lo señalado anteriormente, cabe precisar que con vistas a lograr que la AMP represente una estrategia sanitaria efectiva dirigida a las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad frente a la epidemia, es importante tomar en cuenta la diversidad de la población HSH y las características propias de los grupos comprendidos dentro de esta categoría (gays, travestis, transexuales, transgénero y bisexuales).

Ahora bien, de acuerdo a la Directiva vigente, este servicio es brindado por medio de los Centros Especializados de Referencia de ITS y VIH/Sida (Ceritss),<sup>72</sup> los Centros de Referencia de ITS (Cerits)<sup>73</sup> y las Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP).<sup>74</sup>

---

72 Son establecimientos de salud a *dedicación exclusiva* para la prevención, diagnóstico y tratamiento especializado de ITS y VIH/Sida, realizan capacitación en prevención, y en adherencia al tratamiento, e investigación clínica y de comportamiento. Cuentan con recursos humanos capacitados para el manejo clínico, diagnóstico de laboratorio y consejería; disponen de infraestructura adecuada, equipamiento de laboratorio para pruebas confirmatorias para sífilis y de cultivo para el diagnóstico de gonorrea, insumos y medicamentos específicos. Ofertan el diagnóstico y tratamiento gratuito de ITS a la población en general y a poblaciones vulnerables, así como a la población referida de otros establecimientos de salud.

73 Son servicios de salud que brindan AMP y se ubican en Hospitales o Centros de Salud, cuentan con recursos humanos capacitados para el manejo clínico, diagnóstico de laboratorio y consejería; disponen de infraestructura adecuada, equipamiento de laboratorio para pruebas confirmatorias para sífilis y de cultivo para el diagnóstico de gonorrea, insumos y medicamentos específicos. Ofertan el diagnóstico y tratamiento gratuito de ITS a la población en general y a las poblaciones vulnerables.

74 Son servicios de salud que se ubican en Hospitales o Centros de Salud y cuentan con recursos humanos capacitados, insumos y medicamentos para ofertar el diagnóstico y tratamiento gratuito de ITS a la población en general y a las poblaciones vulnerables. A diferencia de los Centros de Referencia, en éstos no se realiza cultivo para el diagnóstico de gonorrea.

Cabe precisar que la norma anterior solo hacía referencia a los Cerits y UAMP, en tanto la nueva Directiva establece que la AMP se realiza, además, en los Ceritss, los cuales, a diferencia de los Cerits, son establecimientos de salud a *dedicación exclusiva* para la prevención, diagnóstico y tratamiento especializado de ITS y VIH/SIDA, realizan capacitación en prevención, y en adherencia al tratamiento, e investigación clínica y de comportamiento. Asimismo, ofertan el diagnóstico y tratamiento gratuito de ITS a población referida de otros establecimientos de salud.

Un aspecto concerniente a la prestación de este servicio que merece especial atención es el relacionado a la gratuidad de la AMP, la cual es reconocida por la Directiva vigente.<sup>75</sup>

En el ***Informe Defensorial N° 143***<sup>76</sup> se subrayó, a este respecto, la importancia de garantizar dicha gratuidad y, a propósito de ello, se advirtió que el costo de las pruebas o medicamentos que serían empleados en la prestación del servicio, en ningún caso debía ser trasladado al usuario. Asimismo se remarcó que tampoco era posible exigir el pago de tasas por concepto de “admisión” o “historias clínicas”, toda vez que ello representaría una limitación del acceso a dichas atenciones.<sup>77</sup>

---

75 Directiva Sanitaria N° 030-MINSA/DGSP-V.01, num. 5.3.

76 Defensoría del Pueblo. *Informe Defensorial N° 143*, Op. cit., p. 115.

77 Conforme se indicó en dicho Informe, la Defensoría del Pueblo ha expresado en anteriores oportunidades su preocupación con relación a los cobros de dicha naturaleza por más mínimos que sean, toda vez

En esa línea, en la parte del **Informe** referida a los resultados de la supervisión al servicio de AMP,<sup>78</sup> la Defensoría del Pueblo advirtió que durante dicha actividad se pudo constatar que el 53% de los establecimientos visitados no brindaba el servicio de diagnóstico de ITS y VIH en forma gratuita,<sup>79</sup> y que en el 47% de los establecimientos supervisados se realizaban cobros por otros conceptos –cuyos montos fluctuaban entre S/. 2.00 y S/. 5.00–, por derechos de admisión, consulta e historia clínica.

En vista de ello, la Defensoría del Pueblo dejó sentada su especial preocupación ante el incumplimiento del principio de gratuidad del servicio de AMP, en vista de que los trabajadores y trabajadoras sexuales se encuentran comprendidos dentro de los grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad frente a la epidemia del VIH, y esta situación limitaría sus posibilidades de recibir un tratamiento oportuno de ITS, elevando su riesgo de contraer la infección por VIH.<sup>80</sup>

Sin embargo, lo señalado anteriormente no fue tomado en cuenta durante la elaboración la Directiva Sanitaria

---

que constituyen una barrera para poder acceder a los servicios de salud, además de vulnerar el carácter gratuito de éstos Cf. Defensoría del Pueblo. *Informe Defensorial N° 90. Supervisión a los servicios de planificación familiar IV*. Lima: Defensoría del Pueblo, 2005.

78 Defensoría del Pueblo. *Informe Defensorial N° 143*, Op. cit., p. 153.

79 En lo que respecta a cobros efectuados por el diagnóstico de ITS y VIH, se verificó que los trabajadores y trabajadoras sexuales deben realizar pagos cuyo monto fluctúa entre S/. 3.00 y S/. 13.00, en el caso de ITS, y entre S/. 18.00 y S/. 20.00 en el caso de la prueba de Elisa para VIH.

80 *Ibíd.*, p.157.

N° 030–MINSA/DGSP–V.01 que regula actualmente la AMP, la que –si bien señala que la AMP es gratuita para el usuario y usuaria–, a diferencia de la norma anterior, establece que la gratuidad “(...) **no incluye los costos por apertura de Historia Clínica ni de la tarjeta de atención**”,<sup>81</sup> desconociendo así las implicancias que ello tiene y las recomendaciones defensoriales formuladas al respecto.<sup>82</sup>

Mediante esta disposición se habrían validado los cobros que algunos establecimientos ya estaban realizando por los conceptos señalados y que precisamente fueron observados al tratarse de cobros indebidos; y, además, fomentaría que los establecimientos que anteriormente no los habían considerado, empiecen a exigirlos.

En razón de ello es oportuno recordar lo expresado por la Defensoría del Pueblo respecto a los cobros por carnés de identificación o tarjetas de atención, así como respecto a los cobros por historia clínica en establecimientos de salud del Minsa.

En efecto, en el Informe de Adjuntía N° 005-2010-DP/AE, referido al cobro por carnés de identificación o tarjetas de atención en los Establecimientos de Salud del MINSa se concluyó que:

*“3.1. La Tarjeta de Atención no constituye un procedimiento administrativo y, por tanto, no tendría*

---

81 Directiva Sanitaria N° 030-MINSa/DGSP-V.01, num. 5.3.

82 Defensoría del Pueblo. *Informe Defensorial N° 143*. Op. cit., p. 205.

*por qué estar regulado en el TUPA del Ministerio de Salud. Tampoco se trata de un acto de administración interna, pues el destinatario de las mismas es el particular y no el funcionario o servidor público. Se trata, únicamente, de un documento que resulta útil para el ordenamiento de las citas y diversas atenciones que brinda un centro de salud.*

*3.2. El pago que se efectúa por la Tarjeta de Atención no obedece a la prestación del servicio de salud, presupuesto de hecho exigible para el cobro de cualquier suma por concepto de tarifa en el sector salud y, en tal sentido, la tarifas que han fijado los establecimientos de salud por este concepto no gozaría de la autorización del ente público titular del servicio de salud (Minsa), situación que implica una restricción a los servicios de salud.”*

En atención a ello, en el texto del referido Informe, la Defensoría del Pueblo formuló la siguiente recomendación:

*“4.2. **RECOMENDAR** al Ministerio de Salud que supervise que los hospitales que están dentro de su competencia no exijan el pago de tarifas por el concepto indicado y que implemente conjuntamente con los establecimientos de salud mecanismos gratuitos de identificación en beneficio de los usuarios.”*

De igual manera, en el Informe de Adjuntía N° 028-2010-DP/AAE, referido al cobro por historia clínica, se concluyó que:

*“4.1. La Historia Clínica es un elemento que interviene directamente en la producción o prestación del servicio de salud, tal es el caso, por ejemplo, de la atención médica; y por tanto, el costo que demande su elaboración (materiales) debe ser cuantificado al momento de fijarse la tarifa por la prestación de un servicio de salud. Es importante, entonces, que el costo real que demande su elaboración se cuantifique dentro de la tarifa que se fija por la prestación del servicio de salud y no se fije una tarifa sólo por este concepto en forma independiente.*

*No obstante ello, existen “servicios gratuitos” en los que no se debe exigir el pago por concepto de apertura de Historia Clínica, derecho de Historia Clínica u otro concepto similar, pues ello representaría una limitación al acceso a estos servicios de salud que por mandato expreso son gratuitos.*

*4.2. El paciente, cuando lo solicite [en forma personal o a través de su representante legal], puede obtener copia de su Historia Clínica, asumiendo sólo el costo que demande su reproducción y, en tal sentido, el TUPA de ninguna entidad del sector salud de alcance nacional o regional puede exigir, además de un cobro por este concepto, cobros adicionales [por derecho de trámite, por ejemplo].”*

En esa línea, a través de dicho Informe, la Defensoría del Pueblo formuló la siguiente recomendación y un recordatorio:

*“5.1. **RECOMENDAR** al MINSA y a las Direcciones Regionales de Salud cautelar que los establecimientos*

*de salud, no cobren por concepto de apertura de Historia Clínica, derecho de Historia Clínica u otros conceptos similares en el caso de “servicios gratuitos”. A su vez, adoptar las medidas pertinentes en el caso de “servicios no gratuitos” para garantizar que el cobro por los conceptos enunciados se incluya dentro de las tarifas por la prestación del servicio y no como una tarifa independiente y que su costo sea el real.*  
(...)

**VI. RECORDAR** a todos los establecimientos de salud, en base al Informe de Adjuntía N° 005-2010-DP/AAE, del 26 de enero del 2010, que es indebido exigir el pago de tarifas por concepto de Tarjeta de Atención (o duplicado) por no obedecer a la prestación del servicio de salud e implicar una restricción a los servicios de salud, e implementar mecanismos gratuitos de identificación en beneficio de los usuarios.”

Cabe señalar que en atención a los Informes señalados anteriormente, el Ministerio de Salud, mediante su Secretaría General, emitió el Oficio Circular N° 018–2010–SG/MINSA,<sup>83</sup> del nueve de agosto del 2010 –dirigido a las Direcciones de Salud, Institutos Especializados, Hospitales, Centros de Salud y Postas de Salud–, en el cual solicita la adopción de medidas correctivas a efectos de que los establecimientos de salud a su cargo no exijan los pagos por carné o tarjeta de atención o cualquier otro concepto que no esté incorporado en algún procedimiento administrativo (TUPA).

---

83 Anexo XVIII.

Asimismo, el 11 de febrero del 2011, la Viceministra de Salud, Zarela Esther Solís Vásquez, emitió el Oficio Circular N° 262–2011–DVM/MINSA,<sup>84</sup> mediante el cual solicita la adopción de las medidas preventivas o correctivas a efectos de que los establecimientos de salud a su cargo no exijan al usuario los pagos por los conceptos de apertura o derecho de historia clínica, emisión de tarjetas de atención (o duplicado) u otros conceptos similares que no se encuentren incorporados en algún procedimiento administrativo del TUPA.

Bajo estas consideraciones, la Defensoría del Pueblo considera urgente y necesaria la modificación de la Directiva Sanitaria N° 030–MINSA/DGSP–V.01, “Directiva Sanitaria para la Atención Médica Periódica a las/los Trabajadoras/es Sexuales y HSH”, en el extremo que señala que la gratuidad del servicio “(...) ***no incluye los costos por apertura de Historia Clínica ni de la tarjeta de atención***”.

Por otro lado, con relación a este servicio, es necesario destacar que, conforme lo señala el reporte Ungass,<sup>85</sup>

*“Una limitante estructural para la eficacia del servicio de las UAMP y CERITSS es que hasta la fecha no cuentan con una categorización ni acreditación desde el nivel regional (a excepción de la región Áncash) ni desde el nivel central (MINSA).*

---

84 Íd.

85 Minsa, Onusida. Op. cit., p. 80.

*Esta situación se origina en el hecho que las unidades de CERITS y UAMP no se encuentran incorporadas en los flujogramas organizacional y/o estructural de los establecimientos de salud. La incorporación de estas unidades en la estructura orgánica de establecimientos de salud debe hacerse a través de la Dirección de Servicios del MINSA, la misma que debe contar con el debido sustento técnico”.*

El documento en mención plantea además que

*“La inexistencia de los CERITS y UAMP como servicios en la relación por categorización de centros de salud crea una serie de dificultades para el trabajo como:*

- a) No tienen existencia dentro de los flujogramas organizacional y/o estructural de los servicios de salud del MINSA.*
- b) No se les percibe como existentes en el sistema, pues no dependen de ningún departamento o área específica.*

*Esta situación condiciona que estas unidades sean consideradas como generadoras de gastos (no recuperables) para el servicio, por lo que la sostenibilidad de las mismas dependería del pago que hagan los usuarios por el uso de sus servicios”.*

Ciertamente, lo señalado anteriormente repercutiría en la prestación del servicio, el cual no es suficiente para garantizar la atención integral de las poblaciones

objetivo –trabajadores y trabajadoras sexuales y grupos comprendidos dentro de la categoría HSH–, y constituiría uno de los factores que afectan su gratuidad, razón por la cual es necesario que los Gobiernos Regionales, en coordinación con el Sector Salud, adopten las medidas necesarias para remediar la problemática descrita.

Finalmente, conforme se indicó en el ***Informe Defensorial N° 143***, otro aspecto relacionado a la prestación del servicio de AMP que era motivo de preocupación se refería al uso de pruebas rápidas para el diagnóstico gratuito del VIH, debido a que la Directiva anterior solo hacía referencia al uso de pruebas de Elisa.

Lo expuesto anteriormente motivó que la Defensoría del Pueblo expresase la necesidad de actualizar la referida norma con la finalidad de establecer disposiciones que permitan introducir el uso de las pruebas rápidas para el diagnóstico del VIH/Sida, de tal manera que sea posible alcanzar una mayor cobertura<sup>86</sup> y obtener resultados inmediatos.

Cabe advertir, al respecto, que la Directiva vigente en la actualidad dispuso el uso de la prueba de Elisa o prueba rápida para el tamizaje, lo cual, ciertamente, incidirá en la cobertura del servicio y facilitará la obtención de resultados.

---

86 Defensoría del Pueblo. *Informe Defensorial N° 143*. Op. cit., p. 117.

**Tabla N° 10**  
**Número de atenciones registradas**  
**por los establecimientos del Ministerio de Salud**  
**en el ámbito nacional: AMP**

Descripción	2009	2010
N° de atenciones	133,293	107,614

Fuente: Minsa/Esnitss.

### 3.3 El diagnóstico del VIH/Sida a gestantes

Conforme se indicó en el *Informe Defensorial N° 143*,<sup>87</sup> el diagnóstico temprano del VIH en el caso de las gestantes permite, por un lado, brindar la atención médica requerida a la mujer embarazada; y, de otro, prevenir la transmisión vertical del virus durante la gestación, el parto o la lactancia.

En atención a ello, el Ministerio de Salud ha considerado como una intervención sanitaria prioritaria el tamizaje de VIH y Sífilis en gestantes, el cual se debe realizar en forma gratuita de acuerdo a lo establecido por la Norma Técnica N° 064-MINSA/DGSP-V.01, “Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre-Niño del VIH y la Sífilis Congénita”.<sup>88</sup>

---

87 Ibid., p. 118.

88 Norma Técnica N° 064-MINSA/DGSP-V.01, num. 6.2.

En efecto, la referida Norma Técnica establece que *“Las pruebas de laboratorio para el tamizaje, diagnóstico y seguimiento del VIH y Sífilis durante el embarazo, parto o puerperio, así como la de los niños nacidos de madres infectadas, son gratuitas”*.

Sin embargo, es preciso advertir que, el tamizaje del VIH y Sífilis en gestantes es cubierto por el SIS<sup>89</sup> desde el 2004 y se encuentra considerado dentro del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias.<sup>90</sup> En esa medida, su gratuidad solo alcanzaría a las gestantes afiliadas al SIS, las cuales ciertamente constituyen el grueso de la población usuaria de los servicios del Minsa.

No obstante, y considerando la importancia de esta intervención sanitaria, en opinión de la Defensoría del Pueblo es necesario garantizar la gratuidad del diagnóstico de VIH y Sífilis –reconocido por la Norma Técnica N° 064–MINSA/DGSP–V.01–, a toda gestante, independientemente de su condición de afiliada al SIS.<sup>91</sup>

Ahora bien, además de la gratuidad del servicio existen dos aspectos que cobran especial relevancia en el caso del diagnóstico del VIH en gestantes: la consejería previa

---

89 Al igual que el tamizaje de recién nacidos/as de madres con Sífilis o VIH, el tratamiento profiláctico a la madre VIH positiva y al recién nacido o a la recién nacida, así como el tratamiento para VIH/Sida en niños y niñas.

90 Decreto Supremo N° 004–2007–SA, mediante el cual se propuso el reordenamiento de los planes de beneficios del SIS existente.

91 Cabe señalar que esta situación debería quedar resuelta con la implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

y el consentimiento informado, los cuales constituyen procedimientos diferenciados.

Con relación a la consejería previa al diagnóstico del VIH, tal como se ha señalado anteriormente, es preciso tener en cuenta que ésta tiene carácter obligatorio de acuerdo a Ley,<sup>92</sup> aún en aquellos supuestos establecidos como excepciones a la voluntariedad de la prueba.

En esa línea, la Norma Técnica antes indicada establece que

*“La Consejería pre-test se realiza a las gestantes o púerperas de manera obligatoria antes de cualquier prueba de tamizaje para descartar infección por el VIH. La misma que debe ser brindada en los servicios de atención prenatal, centros obstétricos y puerperio, de manera individual”.*<sup>93</sup>

Asimismo, la norma establece la información a ser brindada durante la sesión de consejería.<sup>94</sup>

Cabe destacar una vez más que si bien el Documento Técnico de Consejería en ITS/VIH y SIDA no contempla el uso del Formato de Solicitud de Elisa para VIH con firma de consejero, la referida Norma Técnica incorporó el Formato de Solicitud de Prueba Rápida para VIH o Prueba de Elisa durante el embarazo, el parto o el puerperio, la cual debe llevar la firma y sello de la per-

---

92 Ley N° 26626, art. 4°.

93 Norma Técnica N° 064-MINSA/DGSP-V.01, num. 6.1.1.

94 *Ibíd.*, num. 6.1.3.

sona que llevó a cabo la consejería, con lo cual se dejaría constancia de la realización de este procedimiento en el caso de gestantes.

Por otro lado, en lo que respecta al procedimiento de consentimiento informado para el diagnóstico de VIH en gestantes, si bien es cierto que la Ley N° 26626, modificada por la Ley N° 28243, establece dentro de los supuestos de excepción a la voluntariedad del diagnóstico el caso de las gestantes, *“a fin de proteger la vida y la salud del niño por nacer, cuando exista riesgo previsible de contagio o infección y para disponer las medidas o tratamientos pertinentes”*,<sup>95</sup> la obligatoriedad de esta prueba solo sería oponible a los casos en los que exista riesgo previsible de contagio o infección.

No obstante, la Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre–Niño del VIH y la Sífilis Congénita establece que *“toda gestante que acuda a un establecimiento de salud para su atención prenatal, deberá recibir Consejería pre test y proceder a tomar muestra de sangre para el tamizaje con Elisa o Prueba Rápida para descartar la infección por VIH (...)”*<sup>96</sup>

Asimismo, la referida Norma Técnica señala que

*“A toda gestante que acuda a un establecimiento de salud, para atención del parto en cualquiera de sus*

---

95 Ley N° 26626, art. 4, literal b).

96 Norma Técnica N° 064-MINSA/DGSP-V.01, num. 6.2.1.

*fases (fase latente, fase activa o expulsivo), y en la que se desconoce o no se evidencia el resultado de su estado sexológico para VIH y/o Sífilis, se procederá a realizarle la prueba rápida de diagnóstico para VIH y se solicitará la prueba RPR, previa consejería”.*<sup>97</sup>

En mérito a estas disposiciones, a las cuales se suma lo establecido por el Documento Técnico de Consejería en ITS/VIH y SIDA —el cual, como se señaló, precisa de manera expresa que el Formato de Consentimiento Informado no es obligatorio en el caso de gestantes—,<sup>98</sup> en la práctica, los establecimientos de salud no estarían llevando a cabo el procedimiento de consentimiento informado para el diagnóstico de VIH en gestantes, contraviendo lo dispuesto por una norma de mayor jerarquía.

En razón de ello, la Defensoría del Pueblo considera importante y urgente que el Minsa adopte las acciones necesarias a efectos de garantizar la coherencia entre las normas que regulan la atención a gestantes emitidas por el Sector, así como la coherencia entre éstas y las leyes de la misma materia, más aún cuando esta situación, así como sus implicancias, han sido advertidas en distintas oportunidades.<sup>99</sup>

Asimismo es oportuno reiterar que, en opinión de la Defensoría del Pueblo, el consentimiento informado repre-

---

97 *Ibíd.*, num. 6.2.2.

98 *Ibíd.*, num. 5.4.2.1.1 y 5.4.2.1.4.

99 Cf. Defensoría del Pueblo. *Informe Defensorial N° 138, Informe Defensorial N° 143 e Informe de Adjuntía N° 01-2010/DP-ADM.*

senta una alternativa real que, además de atender a la vida y salud del niño o la niña, también respeta el derecho a la libertad y autonomía de la voluntad de la mujer.

**Tabla N° 11**  
**Número de atenciones registradas por los establecimientos del Ministerio de Salud en el ámbito nacional: Diagnóstico de ITS y VIH/Sida en gestantes**

Descripción	2009	2010
N° de gestantes con resultado positivo a la prueba de VIH/Sida*	550	592
N° de gestantes con serología positiva para Sífilis*	1,229	1,354

\* Incluye a gestantes con resultado positivo previamente conocido.

Fuente: Minsa/Esnitss.

### **3.4 La prevención de la transmisión vertical del VIH/Sida**

Este servicio se encuentra regulado por la Norma Técnica N° 064-MINSA/DGSP-V.01, “Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre-Niño del VIH y la Sífilis Congénita”, mediante la cual se establecen pautas y procedimientos para la profilaxis de la transmisión madre-niño del VIH y el *Treponema pallidum* (Sífilis), con la finalidad de reducir la transmisión del VIH a menos del 2% y la incidencia de

Sífilis Congénita a menos del 0.5% x 1000 nacidos vivos para el 2011.<sup>100</sup>

De acuerdo a la referida Norma Técnica, la atención a la gestante con VIH y/o Sífilis, así como a sus hijos o hijas, comprende el suministro gratuito de antirretrovirales y/o medicamentos para el tratamiento de la madre, el niño o niña, así como de sucedáneos de leche materna.<sup>101</sup>

Al respecto, conforme se indicó en el punto anterior, cabe señalar que este servicio es financiado por el SIS, motivo por el cual su gratuidad solo alcanzaría a las gestantes afiliadas y a sus niños/as. En ese sentido, es necesario que se dispongan las medidas necesarias para garantizar dicha gratuidad en todos los casos, conforme lo establece la Norma Técnica N° 064–MINSA/DGSP–V.01.

En lo que respecta al tratamiento profiláctico para la prevención de la transmisión vertical en gestantes diagnosticadas por primera vez durante la atención prenatal, la norma vigente establece el inicio de la terapia triple –a diferencia de la Norma Técnica anterior que hacía referencia a la monoterapia– y, en todos los casos, la profilaxis se deberá iniciar previo procedimiento de consentimiento informado.<sup>102</sup>

---

100 En concordancia con el Objetivo Estratégico 4 del PEM.

101 Norma Técnica N° 064–MINSA/DGSP–V.01, “Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre– Niño del VIH y la Sífilis Congénita”, núm. 6.5.

102 NT N° 064-MINSA/DGSP-V.01, Anexo N° 1

Es oportuno señalar que el *Informe Defensorial N° 143*<sup>103</sup> advirtió que la Norma Técnica vigente no consideró dentro de sus disposiciones un período de *vacatio legis* para su entrada en vigencia, el cual era necesario para asegurar su aplicación, teniendo en cuenta los cambios introducidos por ésta.

Durante la supervisión realizada en el 2008 se pudo constatar que, pese a que la nueva Norma Técnica ya se encontraba vigente, diversos establecimientos de salud la desconocían. En vista de ello, la Defensoría del Pueblo señaló que era necesario asegurar su difusión.

No obstante ello, de acuerdo al Informe Ungass,<sup>104</sup> una de las dificultades de este servicio radica precisamente en que “(...) *a pesar de que se ha aprobado la norma técnica 2008, que contiene estipulaciones para la detección y el manejo de sífilis en las gestantes, la norma 2005 sigue operativa en la mayor parte de los establecimientos de salud*”.<sup>105</sup>

Ahora bien, algunos estudios advierten un conjunto de debilidades que afectan la atención a gestantes para la prevención de la transmisión vertical del VIH/Sida. Así, de acuerdo al informe *situacional “Integración de la atención prenatal con los procesos de detección y manejo*

---

103 Defensoría el Pueblo. *Informe Defensorial N° 143*. Op. cit., p. 124.

104 Minsa, Onusida. Op. cit., p. 82.

105 El referido informe señala, además, otras dificultades como el que las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva no hacen referencia al manejo clínico de las gestantes con VIH.

*clínico del VIH y de la sífilis en el Perú*”,<sup>106</sup> el sistema de atención a gestantes presenta una serie de debilidades. Entre ellas se hace referencia a los problemas en la planificación por falta de datos completos, problemas en la gestión y financiamiento de las pruebas diagnósticas, problemas en la clasificación y compra de medicamentos, inicio tardío de la atención prenatal, desarticulación de la atención durante el control prenatal, problemas en la obtención de los resultados de laboratorio, demoras en el inicio de la profilaxis y el tratamiento durante la gestación, problemas en el seguimiento tras el parto a la mujer diagnosticada con VIH o Sífilis y al recién nacido expuesto, y el estigma y la discriminación del personal de salud hacia la mujer diagnosticada con VIH.<sup>107</sup>

---

106 Arachu, Catro y Utpal, Sandesara. *“Integración de la atención prenatal con los procesos de detección y manejo clínico del VIH y de la sífilis en el Perú”*. Lima: Socios en Salud, 2009, p. 21.

107 Dicho informe hace referencia, además, a las barreras que existen para que la gestante acuda a la atención prenatal, para que sea tamizada cuando acude a ese control y para que, cuando se le efectúan las pruebas diagnósticas, reciba el resultado a tiempo y se le preste la atención clínica necesaria. Así, los principales problemas encontrados en torno a estos temas fueron la dificultad de acceso económico y geográfico de la mujer gestante al establecimiento de salud, la falta de articulación entre las estrategias sanitarias nacionales y sus oficinas regionales, la falta de articulación entre los centros de atención en salud de distinta complejidad, la incertidumbre y la falta de aplicación de las normas técnicas vigentes en los establecimientos de salud, la falta de recursos humanos y de insumos para la atención prenatal en los establecimientos de salud, el reembolso desigual de las pruebas de VIH y de sífilis en función del nivel de complejidad de los establecimientos en los que se realizan, así como las dificultades en monitorear y evaluar los procedimientos prestados durante la atención prenatal. Conforme lo señala el informe, *“(...) estos factores generan una falta de continuidad en el sistema de atención y la pérdida de oportunidades para captar de forma temprana a la gestante con VIH o Sífilis, lo cual conduce a un aumento prevenible de la morbilidad y mortalidad*

Con relación a este último aspecto es necesario mencionar que si bien el diagnóstico oportuno del VIH/Sida en gestantes, así como su atención adecuada durante el embarazo, el parto y la lactancia constituyen una de las mejores estrategias implementadas a efectos de prevenir nuevas infecciones, todos los esfuerzos desplegados serán en vano en la medida en que no sea posible erradicar el estigma y la discriminación de las que son víctimas, precisamente, las gestantes con VIH.

Así, por ejemplo, si bien la referida norma establece que la cesárea es la vía de parto de elección para toda gestante diagnosticada con VIH y las excepciones se encuentran detalladas de acuerdo a cada escenario en el mismo dispositivo,<sup>108</sup> la Defensoría del Pueblo ha podido constatar que esta disposición no se cumple en diversos establecimientos de salud por razones asociadas al estigma y la discriminación hacia las gestantes con VIH, basados en el temor del personal de salud a adquirir la infección durante el procedimiento médico.

Lo anteriormente expuesto ha dado lugar a situaciones que han motivado la intervención de la Defensoría del Pueblo en reiteradas oportunidades. Así, por ejemplo, el “Decimocuarto Informe Anual de la Defensoría del Pueblo”<sup>109</sup> dio cuenta del caso que se presenta a continuación:

---

*asociada con el VIH y con la sífilis en las mujeres en edad fértil y de la transmisión de estas infecciones a sus hijos e hijas y a sus parejas sexuales”. Cf. Arachu, Catro y Utpal, Sandesara. Op. cit.*

108 NT N° 064-MINSA/DGSP-V.01, núm. 6.7.1

109 Defensoría del Pueblo. *Decimocuarto Informe Anual de la Defensoría del Pueblo*. Lima: Defensoría del Pueblo, 2011, p. 86.

***“c. Intervención de oficio: restricciones en igualdad de condiciones a los servicios de salud–discriminación en los servicios de salud (Expediente N° 4901–2010/DPPIura)”***

*Mediante Oficio Circular N° 27/2010-Aspov-Piura, del 11 de octubre del 2010, la Directora de la Asociación por la Vida remitió a la Defensoría del Pueblo un pronunciamiento sobre la vulneración de los derechos de una gestante VIH positiva.*

*En este documento se señalaba que el 3 de octubre del 2010, la gestante, registrada con el código FCNF-3105-1983, ingresó por emergencia al Hospital de Apoyo de Sullana por tener fuertes dolores de parto. Sin embargo, no fue atendida conforme lo estipula la Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre-Niño del VIH, pues con la excusa de que el hospital no contaba con ropa descartable, el personal no le practicó la cesárea que requería. Por ello, la paciente dio a luz a través de parto vaginal, exponiendo innecesariamente al recién nacido a la transmisión vertical del VIH.*

*Los representantes de la Oficina Defensorial de Piura se entrevistaron con el doctor Fernando Quevedo, Director del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, quien manifestó que había solicitado los informes correspondientes. Durante la entrevista, el funcionario entregó una copia del cuaderno en el que se registran las intervenciones quirúrgicas, en el*

*que se observó que los días 3 y 4 de octubre del 2010 se realizaron dos cesáreas. Este dato es importante porque da cuenta de que, antes de que se produjera el parto vaginal de la mencionada gestante, se habían realizado dos cesáreas sin necesidad de contar con ropa descartable.*

*Sobre la base de estos datos, la Oficina Defensorial de Piura le recomendó al Hospital de Apoyo de Sullana que tomara las siguientes medidas: i) instruir al personal asistencial para que se abstenga de condicionar la realización de cesáreas a las gestantes diagnosticadas con VIH positivo a la existencia de ropa quirúrgica descartable, por tratarse de una acción discriminatoria; ii) adoptar medidas para que el personal asistencial no condicione la atención de las gestantes diagnosticadas con VIH positivo a la compra de ropa descartable u otro insumo o medicamento; y iii) disponer que se inicien las investigaciones correspondientes al personal asistencial, con la finalidad de determinar las responsabilidades que tendrían en el caso mencionado.*

*Actualmente, la citada oficina defensorial está realizando el seguimiento para observar en qué medida el hospital está cumpliendo las recomendaciones efectuadas”.*

Lamentablemente, hechos como el descrito se han reportado en diversas oportunidades y en establecimientos de distintas ciudades. Si bien en algunas ocasiones

la actitud del personal médico responde a la imposibilidad de poder cumplir las medidas universales de bioseguridad, debido a la falta de los insumos requeridos –cuyo cumplimiento cobra especial importancia para el personal de salud y se extrema en la atención a pacientes diagnosticados con VIH/Sida–, es inadmisibles que estos escenarios no sean previstos por el establecimiento de salud. Además es igualmente inadmisibles que ello, finalmente, se traduzca en la vulneración de los derechos de la gestante y el recién nacido (o la recién nacida) y tenga como consecuencia que todos los esfuerzos realizados para disminuir las posibilidades de la transmisión vertical del virus durante el embarazo hayan sido inútiles.

**Tabla N° 12**  
**Número de atenciones registradas por los establecimientos del Ministerio de Salud en el ámbito nacional: Profilaxis para la prevención de la transmisión vertical**

<b>Descripción</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
N° de gestantes con serología positiva durante el embarazo o parto	511	539

\* Incluye a gestantes que tenían diagnóstico antes de la gestación y a aquellas que no cuentan con Elisa o WB confirmatorio.

Fuente: Minsa/Esnitss.

### **3.5 El tratamiento antirretroviral de gran actividad**

El Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (Targa) para personas adultas se encuentra regulado por la Resolución Ministerial N° 311–2005/MINSA, mediante la cual se aprobó la NT N° 004–MINSA/DGSP–V.02, “Norma Técnica para el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (Targa) en Adultos infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana”, la cual tiene como objetivo implementar el Targa como parte de la atención integral de la persona infectada con VIH/Sida.

Dicha norma contiene un conjunto de criterios clínicos, inmunológicos y virológicos para el inicio del Targa, los esquemas Targa para pacientes que inician el tratamiento, así como la monitorización y adherencia al tratamiento, entre otros aspectos.

Asimismo, en lo que respecta al Targa en niños, niñas y adolescentes, conforme se ha mencionado anteriormente, el tratamiento es cubierto mediante el SIS<sup>110</sup> y regulado por la Directiva N° 020–2003–MINSA/DGSP–DEAIS–V.01, “Sistema de Atención para el Tratamiento Antirretroviral en los niños infectados por el VIH”, aprobada por la Resolución Ministerial N° 731–2003–SA/DM.

---

110 En el caso de niños y niñas de 0 a 9 años, y en el caso de adolescentes de 10 a 19 años.

Conforme se advirtió en el ***Informe N° 143***,<sup>111</sup> esta norma también se aplica para el tratamiento de adolescentes con VIH/Sida, ante la falta de un dispositivo legal que regule el tratamiento de personas con VIH/Sida en la etapa de adolescencia. Respecto de esta situación, la Defensoría del Pueblo expresó su especial preocupación toda vez que la referida norma no hace referencia al consentimiento informado para el inicio de tratamiento, así como tampoco distingue entre niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, a la fecha, el Ministerio de Salud no ha emitido la normatividad correspondiente.

Ciertamente, lo expuesto anteriormente incide en la atención que se brinda a este grupo poblacional, más aún si se toma en cuenta que en un intento por garantizar el acceso de los adolescentes a los servicios de salud, se han planteado iniciativas a escala regional que permiten la prestación de los servicios de consejería, diagnóstico y tratamiento de ITS y VIH/Sida sin autorización de sus representantes legales.<sup>112</sup>

Ahora bien, conforme se ha señalado en anteriores oportunidades,<sup>113</sup> el tratamiento antirretroviral para personas con VIH fue uno de los objetivos principales del Minsa a partir del 2004, para lo cual contó con el apoyo inicial del Fondo Mundial, habiendo asumido desde el 2006 el financiamiento del tratamiento de personas adultas, en tanto que el tratamiento de niños, niñas y adolescentes fue cubierto mediante el SIS desde el 2004.

---

111 Defensoría del Pueblo. *Informe Defensorial N° 143*, Op. cit., p. 128.

112 Íd., p. 112.

113 Íd. p. 125.

No obstante ello, todavía continúa siendo un reto lograr la superación de los problemas de desabastecimiento periódico de antirretrovirales que afrontan los establecimientos de salud, más aún si se toman en cuenta las consecuencias que genera la interrupción del tratamiento en la salud de la persona que lo está recibiendo, toda vez que la enfermedad se torna más resistente y demanda medicamentos que, además de ser más agresivos, son bastante más costosos, lo cual, a la larga, puede significar un riesgo para la sostenibilidad del tratamiento.<sup>114</sup>

Esta situación fue advertida en el ***Informe N° 143*** debido a que la supervisión defensorial realizada en el 2008 permitió constatar que en más del 60% de establecimientos visitados se presentaron problemas de desabastecimiento de antirretrovirales para personas adultas durante ese año, en tanto que más del 50%

---

114 El Informe Ungass señala que las mayores dificultades en la implementación del tratamiento antirretroviral son:

*“1. Debilidades en la programación y distribución de los medicamentos lo que ocasiona sobre stock en algunos establecimientos o desabastecimiento prolongado de medicamentos en otros casos*

*2. Problemas con la compra oportuna de medicamentos fundamentalmente por Incumplimiento de los proveedores seleccionados contra los que no se establece ninguna penalidad lo que agrava el ítem anterior*

*3. Pérdida de las muestras para CD4 o carga viral o desabastecimiento de los insumos especialmente en el interior del país lo que dificulta el monitoreo oportuno de las personas*

*4. No actualización de los criterios de inicio de tratamiento o esquemas a utilizarse en algunos casos los médicos según su experiencia toman decisiones sobre cambios en los esquemas no contemplados en la norma técnica cuyas consecuencias son asumidas por el usuario*

*5. Problemas de estigma y discriminación en la provisión de la atención.” Cf. Minsa, Onusida. Op. cit., p. 79.*

enfrentó similares problemas con antirretrovirales para niños, niñas y adolescentes.

Asimismo, durante los años 2009 y 2010, la Defensoría del Pueblo, por medio de sus Oficinas Defensoriales distribuidas en el territorio nacional, continuó recibiendo quejas por desabastecimiento de antirretrovirales tanto para personas adultas como para niños, niñas y adolescentes.

Mediante la atención de estas quejas ha sido posible advertir que, en el caso del Targa para personas adultas, los períodos de desabastecimiento pueden obedecer a distintas causas que abarcan desde problemas propios de los establecimientos de salud (programación inadecuada, inobservancia de plazos administrativos, problemas de comunicación interna, etc.), hasta situaciones relacionadas con las compras institucionales y la Compra Nacional de Medicamentos (falta de postores, incumplimientos por parte del proveedor, etc.), en cuyo caso, el universo de establecimientos afectados y, consecuentemente, de usuarios y usuarias afectados es mucho mayor.<sup>115</sup>

---

115 Al respecto, durante el último trimestre del 2010 y el primer trimestre del 2011, distintas Oficinas Defensoriales recibieron quejas por el desabastecimiento del medicamento *Didanosina* para el TARGA en personas adultas –*cuya compra se encuentra a cargo de Oficina General de Administración del MINSA*–, con motivo de las cuales se solicitó información a las instancias involucradas en el proceso de adquisición de dicho medicamento.

En atención a dicho requerimiento se informó a la Defensoría del Pueblo que en el proceso de compra de dicho medicamento tomó más tiempo del estimado debido a que el otorgamiento de la *Buena Pro* se realizó en tercera convocatoria por falta de postores. Además de

En el caso del Targa para niños, niñas y adolescentes, frecuentemente se puede constatar que los problemas de desabastecimiento de antirretrovirales responden principalmente a la falta de proveedores a quienes las compras programadas no les resultan “atractivas” debido a la reducida cantidad de medicamentos requerida. Ello se debe a que –por tratarse de un servicio financiado por el SIS–, cada unidad ejecutora es responsable de la adquisición de dichos medicamentos.<sup>116</sup>

---

ello, hubo un incumplimiento en los plazos de entrega por parte del proveedor, lo cual impidió atender oportunamente los requerimientos de los establecimientos de salud y motivó la reducción de los periodos de entrega del medicamento a los pacientes, a efectos de evitar la interrupción del tratamiento, lo cual no fue posible en todos los casos.

116 Así, por ejemplo, con motivo de la queja presentada por el Grupo de Ayuda Mutua (GAM) “Tierra de Niños y Niñas Libres” debido al desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales en los Hospitales Nacionales como el Dos de Mayo (HNDM), Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) y el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), entre otros; la Oficina Defensorial de Lima convocó a una reunión a los representantes de las entidades antes mencionadas con la finalidad de conocer la problemática que los aqueja y discutir alternativas de solución para evitar situaciones que afecten la continuidad del tratamiento de este grupo de pacientes.

Esta reunión se llevó a cabo el 17.02.2011 y contó, además, con la participación de representantes de la Oficina General de Administración (OGA), de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), y de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerios de Salud (DGSP).

En ella, se pudieron advertir situaciones como la siguiente:

- En lo que respecta al Nelfinavir para el Targa en niños, se indicó que establecimientos como el Instituto de Salud del Niño se vieron afectados debido a que los procesos de adquisición que convocaron se declararon desiertos por falta de proveedores, lo cual ha motivado el cambio de esquemas de tratamiento de algunos pacientes para evitar la interrupción del tratamiento.

Dicho establecimiento no contaba con el medicamento antes indicado desde el mes de noviembre de 2010, situación que afectaba la atención de niños con VIH provenientes no solo de la capital sino

Si bien es cierto que las situaciones antes descritas responden además a limitaciones relacionadas a aspectos normativos, presupuestales y de gestión que afectan a las compras centrales e institucionales de los medicamentos antirretrovirales, a ello se suman las particularidades propias de la infección por VIH –como el cambio de esquemas de tratamiento, la resistencia al tratamiento y el incremento del número de pacientes aptos para el Targa–.

Por su parte, la Defensoría del Pueblo considera de suma importancia abordar dicha problemática de manera integral, a efectos de poder plantear alternativas de solución definitivas que garanticen el acceso de las personas con VIH a tratamiento y medicamentos, de modo tal que puedan tener una vida digna.

Finalmente, tal como se indicó en el *Informe Defensorial N° 143*,<sup>117</sup> es preciso tomar en cuenta, además, que existen dos aspectos que requieren ser atendidos, a fin de garantizar la atención integral a las personas con VIH/Sida. Por un lado, se debe considerar el costo de los exámenes requeridos para el inicio del Targa, toda vez que lo dispuesto por la Resolución Ministerial N° 939–2004/MINSA no se cumple en todos los casos. Por

---

de diferentes ciudades del país. Por su parte el Hospital Nacional Arzobispo Loayza contaban con stock limitado de este medicamento y el Hospital Cayetano Heredia estaba evaluando la posibilidad de llevar a cabo una compra internacional para asegurar el tratamiento de los 50 pacientes en esquema básico que requieren el antirretroviral en mención.

117 MINSA, ONUSIDA., p. 129.

otro, hay que tomar en cuenta el tratamiento de las enfermedades oportunistas, puesto que hasta la fecha no existe un plan o programa que cubra la atención de las enfermedades e infecciones que padecen las personas con VIH a consecuencia de la infección (enfermedades oportunistas), lo cual supone un costo adicional para ellas, lo cual afecta su calidad de vida.<sup>118</sup>

**Tabla N° 13**  
**Número de atenciones registradas por los establecimientos del Ministerio de Salud en el ámbito nacional: Tratamiento Antirretroviral**

<b>Descripción</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Tratamiento antirretroviral a personas adultas	14,481	16,003
Tratamiento antirretroviral a niños, niñas y adolescentes	517	539

Fuente: Minsa/Esnitss.

---

118 De acuerdo al Informe Ungass, la atención de infecciones oportunistas y el manejo de las reacciones adversas se ha estado atendiendo en forma parcial con recursos provenientes del Fondo de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, pero aún no son totalmente asumidos por el Gobierno Nacional. Sería importante, sin embargo, realizar un estudio específico al respecto, ya que la última medición del gasto considerada en el reporte no ha incluido la estimación del gasto de bolsillo, dato que sustentaría más fehacientemente lo que se afirma. Cf. Minsa, Onusida. Op. cit., p. 46.



#### **4. LA SUPERVISIÓN DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH/SIDA**

Teniendo en cuenta lo indicado en el punto III de la parte introductoria del presente informe, en esta ocasión se ha considerado conveniente presentar los resultados obtenidos durante la supervisión 2010 en las 17 zonas de intervención defensorial. Sin embargo, atendiendo a criterios metodológicos, se presentarán de modo tal que se distinga a los resultados registrados en los departamentos considerados en el *Informe Defensorial N° 143*, respecto de los obtenidos en aquellas zonas que no fueron tomadas en cuenta en dicho informe.

Conforme a lo antes expuesto, a continuación se presentan los resultados de la supervisión realizada a los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida a cargo de los establecimientos de salud del Minsa, de acuerdo con los principales aspectos previstos para tal efecto.

##### **4.1 Resultados obtenidos en las zonas de intervención consideradas en el Informe Defensorial N° 143**

###### **4.1.1 El Servicio de Consejería en ITS y VIH/Sida**

De acuerdo a lo indicado en el punto 3.1, con el propósito de llevar a cabo la supervisión del servicio de consejería

en ITS y VIH/Sida durante el 2010, se manejó como referencia dispositivos legales distintos al considerado para la realización de la primera supervisión durante el año 2008,<sup>119</sup> razón por la cual se introdujeron algunos cambios en los aspectos que se debía considerar.

De este modo, mediante la supervisión de los 140 establecimientos de salud visitados en los departamentos de Áncash, Arequipa, Ica, La Libertad, Lambayeque, Lima, Loreto, Piura, Tacna y Tumbes<sup>120</sup> se llegó a obtener los siguientes resultados.

### **a. La confidencialidad del servicio**

Conforme se ha indicado anteriormente, la consejería es un servicio que demanda privacidad y confidencialidad para que pueda cumplir con su finalidad.

Sin embargo, mediante las visitas realizadas se verificó que el 14% de establecimientos de salud supervisados no brinda el servicio de consejería en un ambiente que permita establecer una relación de confianza que asegure la comprensión real de la información brindada.

---

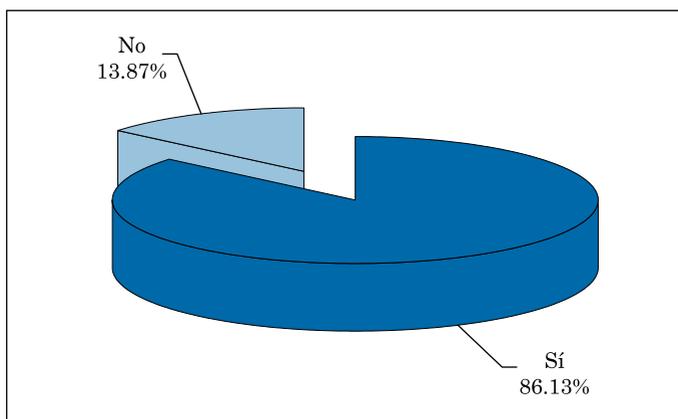
119 Conforme se indicó en el punto 3.1, durante la supervisión del 2008 este servicio se encontraba regulado por la NT N° 005-2003-MINSA/DGSP-V.01, “Norma Técnica para la atención de consejería en Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/Sida”, aprobada por Resolución Ministerial N° 125-2004/MINSA; la misma que fue derogada por la Resolución Ministerial N° 264-2009/MINSA que aprobó el Documento Técnico actualmente vigente. Asimismo, en el 2009 se aprobó la Directiva Sanitaria N° 022-MINSA/DGSP-V01, la cual regula la distribución del condón masculino a usuarios y usuarias en servicios de salud.

120 Anexo IV.

**Tabla N° 14**  
**Establecimientos de salud que brindan el servicio de consejería en un ambiente que asegure su confidencialidad**

	<b>Sí</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
La consejería se brinda en un lugar que asegure su confidencialidad	118	86.13	19	13.87	137	100

**Gráfico N° 6**  
**Establecimientos de salud que brindan el servicio de consejería en un ambiente que asegure su confidencialidad**



Fuente: Defensoría del Pueblo.

Del total de establecimientos que no cumplieron con dicho requerimiento, el 47% estaba comprendido en las categorías II-1 y III-1 del Sector Salud, las cuales abarcan establecimientos de salud de mayor complejidad que brindan otros servicios dirigidos a personas con VIH/Sida, como el tratamiento antirretroviral, para lo cual la consejería resulta clave, a fin de brindar el soporte psicosocial requerido.

Durante las visitas realizadas se pudo constatar que, en la mayoría de los casos, el problema consiste en que los establecimientos no cuentan con un ambiente exclusivo (y adecuado) para la consejería, razón por la cual se debe emplear espacios compartidos o estar a la espera de aquellos que se encuentren disponibles.

Con relación a este punto cabe agregar que durante las reuniones de trabajo sostenidas con los responsables de dichos establecimientos se informó al personal de la Defensoría que se han previsto mejoras en sus instalaciones, dentro de las cuales se ha considerado la implementación de un ambiente para este servicio.

#### **b. La Consejería pre y post test de VIH y la Consejería en ITS**

La consejería previa a la realización de la prueba para el diagnóstico del VIH tiene carácter obligatorio, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 26626 y en las normas del sector sobre la materia. Sin embargo, en el

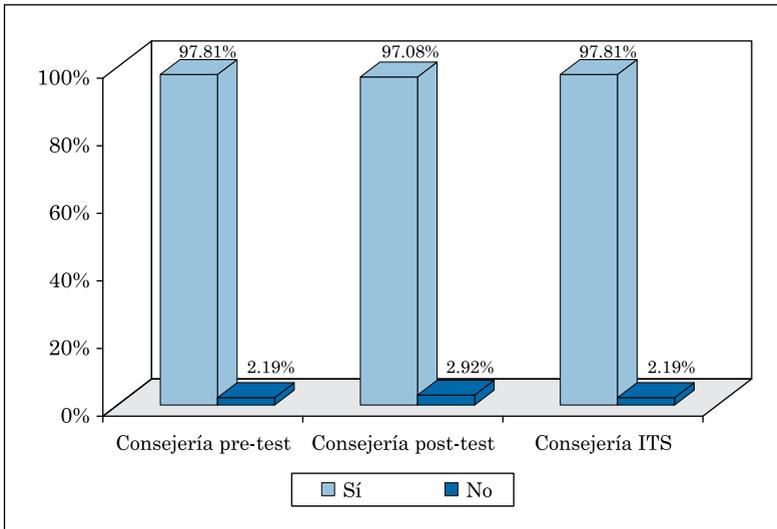
curso de la supervisión fue posible constatar que el 2% de los establecimientos visitados no la realizan.

De igual manera, en el caso de la consejería post test se verificó que el 3% de los establecimientos no brindaba este servicio, en tanto que un 2% no brindaba consejería en ITS, pese a que se trata de un servicio que se debe brindar en todos los establecimientos de salud.

**Tabla N° 15**  
**Establecimientos de salud que brindan el servicio de consejería pre y post test de VIH y consejería en ITS**

	<b>Sí</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Establecimientos de salud que brindan consejería Pre test de VIH	134	97.81	3	2.19	137	100
Establecimientos de salud que brindan consejería post test de VIH	133	97.08	4	2.92	137	100
Establecimientos de salud que brindan consejería en ITS	134	97.81	3	2.19	137	100

**Gráfico N° 7**  
**Establecimientos de salud que brindan el servicio de consejería pre y post test de VIH y consejería en ITS**



Fuente: Defensoría del Pueblo.

Si bien los niveles de incumplimiento en los casos antes mencionados no son significativos, es oportuno recordar la importancia de la consejería como una estrategia de prevención efectiva, tanto del VIH como de las ITS, razón por la cual es necesario superar las deficiencias identificadas.

### **c. El consentimiento informado para el diagnóstico del VIH/Sida**

De acuerdo a lo establecido en el “Documento Técnico: Consejería en ITS/VIH y SIDA”, vigente en la actualidad,<sup>121</sup> uno de los objetivos de la consejería pre test de VIH es informar sobre los derechos que tienen los consultantes y la necesidad de firmar el consentimiento informado para realizarse el examen, el cual tiene carácter obligatorio –salvo los casos establecidos por ley–,<sup>122</sup> y cuyo formato se encuentra contenido en el documento antes indicado.<sup>123</sup>

Pese a ello, mediante la supervisión se pudo verificar que el 5% de establecimientos supervisados no contaba con el formato de consentimiento informado para la realización de la prueba de despistaje de VIH.

---

121 Documento Técnico de Consejería en ITS/VIH y SIDA, num. 5.4.2.1.1.

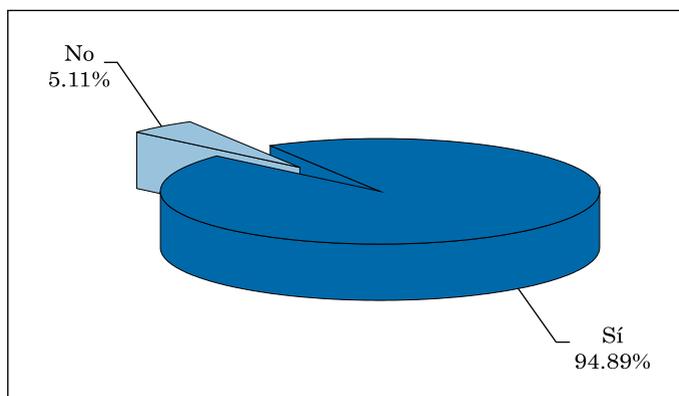
122 Ley N° 26626, art. 4°.

123 Documento Técnico de Consejería en ITS/VIH y SIDA, Anexo 10.

**Tabla N° 16**  
**Establecimientos de salud que cuentan con formato de consentimiento informado para la prueba de despistaje de VIH con firma de consejero o consejera**

	<b>Sí</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Establecimientos de salud que disponen de formato de consentimiento informado para la prueba de despistaje de VIH con firma de consejero	130	94.89	7	5.11	137	100

**Gráfico N° 8**  
**Establecimientos de salud que cuentan con formato de consentimiento informado para la prueba de despistaje de VIH con firma de consejero o consejera**



Fuente: Defensoría del Pueblo.

Cabe señalar, al respecto, que en la medida en que el “Documento Técnico: Consejería en ITS/VIH y SIDA” no contempla el uso del Formato de Solicitud de Elisa para prueba de VIH con firma de consejero –a diferencia de la “Norma Técnica para la atención de consejería en Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/Sida” derogada–, el uso del Formato de Consentimiento Informado adquiere especial importancia, puesto que, además de dar fe de la voluntad expresada por la persona respecto a la realización de la prueba, constituye una constancia de la realización de la consejería previa, toda vez que dicho formato debe estar firmado por el consejero o consejera a cargo.

De igual manera, es pertinente mencionar que la supervisión permitió advertir que, en el 41% de establecimientos supervisados, los responsables del servicio no consideran ‘indispensable’ la aplicación del Formato de Consentimiento Informado para el diagnóstico de VIH en gestantes, debido a que, en su caso, la prueba tendría carácter ‘obligatorio’, de acuerdo a lo establecido en el “Documento Técnico: Consejería en ITS/VIH y SIDA”<sup>124</sup> y en la Norma Técnica de salud para la profilaxis de la transmisión madre–niño del VIH y Sífilis congénita,<sup>125</sup> lo cual no es correcto, conforme se ha indicado en el presente documento.

---

124 Documento Técnico de Consejería en ITS/VIH y SIDA, num. 5.4.2.1.1 y Num.5.4.2.1.4

125 Documento Técnico de Consejería en ITS/VIH y SIDA, num. 6.2.

#### **d. La provisión de material informativo y condones**

Como se indicó en el punto 3.1, el “Documento Técnico: Consejería en ITS y VIH/Sida” no contempla la entrega de condones y folletos en los términos en que lo hacía la Norma Técnica anterior.

Con relación a los folletos, el Documento Técnico prevé su entrega solo si se encuentran disponibles, en tanto que, con relación a los condones, es mediante la Directiva Sanitaria N° 022–MINSA/DGSP–V01, “Directiva Sanitaria para la distribución del condón masculino a usuarios y usuarias en servicios de salud”, aprobada por la Resolución Ministerial N° 242–2009/MINSa, mediante la cual se estableció la cantidad mínima de condones masculinos que se debería entregar cada mes en las atenciones a la población–objetivo a la que se hace referencia.<sup>126</sup>

Ahora bien, durante la supervisión realizada se pudo constatar que el 41% de los establecimientos visitados no cumplía con la entrega de condones, en tanto que el 17% no entregaba folletos sobre VIH/Sida e ITS al no contar con material disponible.

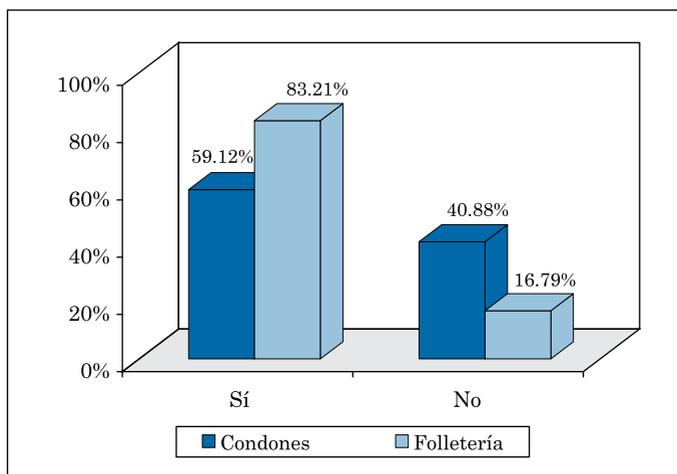
---

126 Directiva Sanitaria N° 022–MINSa/DGSP–V01, Anexo 1.

**Tabla N° 17**  
**Establecimientos de salud que entregan condones y folletos sobre ITS y VIH/Sida**

	<b>Sí</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Establecimientos de salud que entregan preservativos	81	59.12	56	40.88	137	100
Establecimientos de salud que entregan folletos	114	83.21	23	16.79	137	100

**Gráfico N° 9**  
**Establecimientos de salud que entregan condones y folletos sobre ITS y VIH/Sida**



Fuente: Defensoría del Pueblo.



En efecto, de acuerdo a la información recabada por la Adjuntía para la Administración Estatal,<sup>129</sup> el desabastecimiento de preservativos en diversos establecimientos de salud del Minsa, tanto en las Estrategias de ITS/VIH y SIDA, como en la de Salud Sexual y Reproductiva, se produjo debido a que, durante el 2009, el Minsa agotó el stock de preservativos adquiridos para el período 2009–2010 (70 millones), en actividades programadas en el marco de los objetivos del Fondo Global, habiéndose previsto realizar una compra con financiamiento de éste para atender la demanda nacional de preservativos durante el 2010, la cual no fue posible concretar a tiempo por diversos factores.

Esta situación continuó durante el primer semestre del 2010 y no fue hasta inicios de agosto que ingresaron al país cinco (5) millones de preservativos adquiridos con financiamiento del Fondo Global. Sin embargo, solo fue posible la distribución de un lote de 500,000 preservativos, debido a que la cantidad restante no cumplía con los estándares de calidad.

Ante ello, el Minsa gestionó una donación de 18 millones de preservativos por parte de la Agencia de los Estados Unidos (Usaid), cuya primera entrega de dos (2) millones fue distribuida en septiembre, en tanto la distribución de la cantidad restante –mediante la cual

---

129 La información se obtuvo a través de una entrevista realizada el 02.08.2010 con personal de la ESN PC TIS/VIH y SIDA, así como a través de comunicaciones telefónica con personal de CARE-PERU, receptor del Fondo Global.

se pudo atender la demanda nacional—, se inició en noviembre del 2010. Asimismo, en dicho mes se había previsto la culminación del proceso de adquisición de preservativos con financiamiento del Minsa, de acuerdo a su programación anual para abastecer a los establecimientos de salud durante el 2011.

Cabe señalar que si bien se adoptaron medidas temporales de solución,<sup>130</sup> fue inevitable que diversos establecimientos de salud se viesan afectados por la situación antes descrita y que, consecuentemente, los usuarios o usuarias de éstos —particularmente aquellos que son atendidos en los servicios de consejería, atención médica periódica y planificación familiar—, se viesan perjudicados.<sup>131</sup>

---

130 Entre ellas se encuentran:

- Reducción en la cantidad que debe ser entregada a cada usuario o usuaria de los servicios de consejería en ITS y VIH y salud sexual y reproductiva de acuerdo a la Directiva Sanitaria N° 022-MINSA/DGSP-V01, “Directiva Sanitaria para la Distribución del Condón Masculino a usuarios o usuarias en servicios de salud”.
- Redistribución de preservativos (transferencias) entre establecimientos que cuentan con stocks disponibles y aquellos que presentan desabastecimiento.

131 Cabe señalar que esta situación se presentó pese a que, en el marco de su Plan de Trabajo 2008, el Minsa y el Unfpa elaboraron el Plan de Mercadeo Social del Condón al 2009–2011, el cual tiene como objetivo general “asegurar la disponibilidad de condones a nivel nacional con una oferta ampliada y variada que satisfaga las necesidades particulares de diferentes segmentos de la población que se aprovisionan tanto del sector público como del sector privado (comercial y subsidiado). Cf. Minsa/Unfpa-Apropo. *PERÚ: Plan de Mercadeo Social del Condón 2009-2011*. Lima: IES, 2009.

En atención a ello y a las implicancias negativas que la situación antes descrita podría suscitar en las intervenciones sanitarias en respuesta a la epidemia del VIH, particularmente en aquellas dirigidas a los trabajadores y trabajadoras sexuales y a la población de Lesbianas, Trans, Gays y Bisexuales (LTGB) –considerando los determinantes de su situación de mayor vulnerabilidad–, la Defensoría del Pueblo considera sumamente necesaria la adopción de medidas que permitan garantizar que hechos similares no se repitan en el futuro.

Finalmente, al igual que durante la supervisión realizada en el 2008, además de los cuatro aspectos antes mencionados, para efectos de la supervisión de la prestación del servicio de consejería en ITS y VIH/sida se tuvo en cuenta, asimismo, la gratuidad del servicio y el registro de atenciones de la ESN PyC ITS/VIH y SIDA.

Así, respecto a la gratuidad del servicio, en el 4% de los establecimientos supervisados se detectaron cobros por la prestación de dicho servicio.<sup>132</sup>

Con relación al registro de atenciones, en el curso de la supervisión se verificó que el 98% del total de establecimientos visitados contaba con dicho servicio.

---

132 Dichos cobros se exigían, en la mayoría de los casos, por concepto de “Consulta”, y ascendían en promedio a la suma de S/. 5.00 (Cinco y 00/100 nuevos soles).

#### **4.1.2 El servicio de AMP**

Al igual que en el caso del servicio de Consejería en ITS y VIH/Sida, en la supervisión realizada durante el año 2010 al servicio de AMP, se tuvo como referencia un dispositivo legal distinto al considerado para efectos de la supervisión del año 2008.<sup>133</sup>

Asimismo, a efectos de llevar a cabo las visitas de supervisión programadas, se solicitó a la Esnitss la relación de establecimientos de salud que cuentan con Cerits y UAMP a escala nacional.

Se debe señalar, al respecto, que el pedido de información realizado por las Oficinas Defensoriales y los resultados de la supervisión, permitieron advertir diferencias en los listados de Cerits y UAMP proporcionados por las Diresa y el proporcionado por la Esnitss.

En razón de ello se formuló un pedido de información a la Dirección de Salud de las Personas del Ministerio de Salud,<sup>134</sup> el cual permitió corroborar que la relación

---

133 Como se indica en el punto 3. del presente documento, durante la supervisión del año 2008, el servicio de AMP se encontraba regulado por la Directiva N° 07-2003-MINSA-DGSP-DEAIS-V.01. Sin embargo, en el 2009, mediante Resolución Ministerial N° 650-2009/MINSA, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 030-MINSA/DGSP-V.01, vigente en la actualidad. Asimismo, durante el mismo año se publicó la Resolución Ministerial N° 263-2009/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú, la cual también regula aspectos relacionados a la prestación de este servicio (Num. 6.9.1).

134 Oficio N° 33-2011-DP/AE del 14.03.2011, atendido mediante el Oficio N° 1403-2011-DGSPMINSA, del 29 de marzo del 2011.

de Cerits y UAMP a cargo de la Esnitss difiere de la relación que posee cada Diresa, tal como se muestra a continuación.<sup>135</sup>

**Tabla N° 18**  
**Número de Cerits y UAMP en zonas de**  
**intervención consideradas en el Informe**  
**Defensorial N° 143**

Departamentos	Relación de ESN PC ITS/VIH y SIDA		Relación de Direcciones de Salud	
	Cerits	UAMP	Cerits	UAMP
Áncash	1	1	1	1
Arequipa	1	2	0	4
Ica	1	2	1	7
La Libertad	1	0	1	3
Lambayeque	1	0	1	0
Lima*	9	7	8	11
Loreto	1	1	1	5
Piura	2	0	2	0
Tacna	1	0	1	0
Tumbes	0	1	1	0
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>31</b>

\* Incluye Lima Ciudad, Lima Este, Lima Región y Callao.

Fuente: Defensoría del Pueblo.

Así, de acuerdo a la información proporcionada por la referida Estrategia, en los 10 departamentos identificados como zonas de intervención existirían 18 Cerits y 14 UAMP, en tanto las Diresa de las mismas zonas reportaron 17 Cerits y 31 UAMP.

En vista de ello se consideró conveniente procesar los resultados de la supervisión a este servicio tomando como referencia lo informado por cada Diresa, y es en base a dicha información que se presenta la información obtenida mediante la supervisión.

De esta manera, de los 17 Cerits y 31 UAMP ubicados en las zonas de intervención, se supervisaron 14 Cerits y 18 UAMP, que representan al 76% del total de establecimientos que brindan dicho servicio en los 10 departamentos antes señalados.<sup>136</sup>

Es preciso advertir que la presentación de resultados se produce sobre la base de 31 establecimientos (14 Cerits y 17 UAMP), toda vez que durante la visita realizada al Centro de Salud “Micaela Bastidas” de Lima Este se constató que este establecimiento, en la práctica, no brinda el servicio de AMP.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, mediante la supervisión se obtuvieron los siguientes resultados respecto al cumplimiento de los principales aspectos regulados por la Directiva Sanitaria N° 030-MINSA/

---

136 Anexo V.

DGSP-V-0.1, “Directiva Sanitaria para la Atención Médica Periódica a los/las Trabajadoras/es Sexuales y HSH”, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 650-2009/MINSA.

### **a. La gratuidad del servicio de AMP**

Conforme se señaló en el punto 3.2 del presente documento y de acuerdo a lo establecido en la Directiva Sanitaria que regula este servicio,<sup>137</sup> la atención médica periódica es gratuita.

Sin embargo, en el curso de la supervisión realizada se pudo verificar que en el 23% de los establecimientos visitados no se brinda el servicio de diagnóstico de ITS y VIH en forma gratuita, en tanto que, en el caso del tratamiento de ITS, la gratuidad sí se respeta en el 100% de los establecimientos visitados.

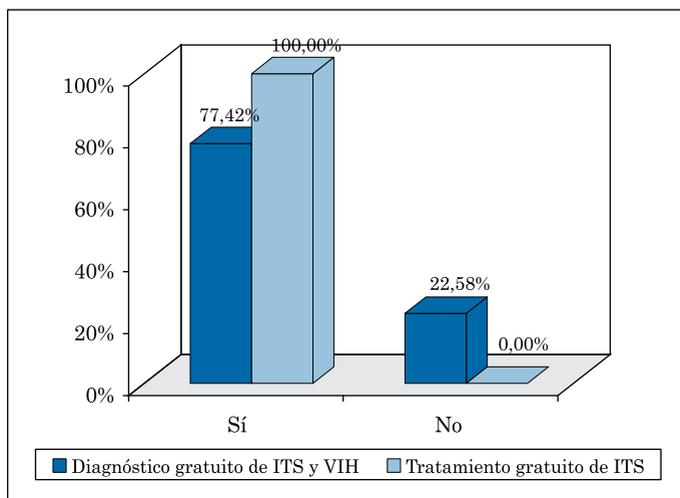
**Tabla N° 19**  
**Cerits y UAMP que brindan el servicio de AMP**  
**en forma gratuita**

	<b>Sí</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Diagnóstico gratuito de ITS y VIH	24	77.42	7	22.58	31	100
Tratamiento gratuito de ITS	31	100	0	0	31	100

<sup>137</sup> Directiva Sanitaria N° 030-MINSA/DGSP-V.01, num.5.3.

### Gráfico N° 10

#### Cerits y UAMP que brindan el servicio de AMP en forma gratuita



Fuente: Defensoría del Pueblo.

Con relación a los cobros exigidos por el diagnóstico de ITS y VIH, la Defensoría del Pueblo constató que éstos se justificaban aduciendo la falta de insumos. De ahí que la población beneficiaria, es decir, los trabajadores y trabajadoras sexuales, así como la población HSH, debían realizar pagos cuyo monto fluctúa entre S/. 1.00 y S/. 8.00 en el caso de ITS, y de S/. 15.00 en el caso de la prueba de Elisa para VIH.<sup>138</sup>

138 Entre los establecimientos que realizan cobros por el diagnóstico de ITS y VIH/Sida se encuentran los Cerits del Hospital Regional de Ica, Hospital Regional Docente de Trujillo, Centro de Salud “II San

Al respecto, durante las reuniones de trabajo realizadas con representantes de los establecimientos de salud supervisados, éstos coincidieron una vez más al precisar que, en vista del desabastecimiento de insumos para el diagnóstico de ITS y VIH, los usuarios debían asumir su costo (solo si es necesario). En caso contrario, se verían obligados a suspender el servicio.

Asimismo, la supervisión realizada permitió constatar que en el 26% de los establecimientos supervisados se realizaban otros cobros, cuyo monto fluctuaba entre S/. 0.50 y S/. 5.00 por emisión de carnet, emisión de constancia, generación de historia clínica y derecho de consulta.<sup>139</sup>

---

José” de Piura, Hospital “Hipólito Unanue” de Tacna, Centro de Salud “Pampa Grande” de Tumbes y las UAMP del Hospital “San José” de Chíncha y del Hospital de Apoyo “Chepén” de la Libertad.

Cabe señalar que en el caso de los Cerits del Centro de Salud “II San José” de Piura, del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, así como de las dos UAMP antes señaladas, esta situación fue advertida en la supervisión del año 2008. Pese a ello, no se habrían adoptado las medidas correctivas del caso.

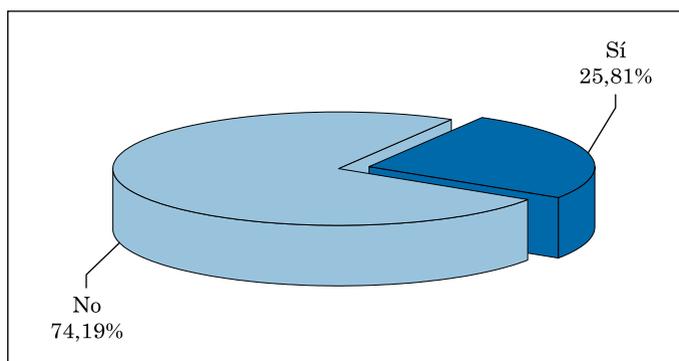
139 Entre éstos se encuentran los Cerits del Hospital Regional de Ica, Centro de Salud “José Olaya” de Lambayeque, Centro de Salud Surquillo y Raúl Patrucco en Lima, Centro de Salud “II San José” de Piura y las UAMP del Hospital “Goyeneche” de Arequipa, Centro de Salud “Sunampe y Hospital “San José de Chíncha” en Ica.

Cabe precisar que, en el caso del Centro de Salud “Surquillo” y el Cerits “Raúl Patrucco” de Lima, así como del Hospital “Goyeneche” de Arequipa, esta situación fue advertida durante la supervisión del año 2008 y reportada en el *Informe Defensorial N° 143*. Sin embargo, no se habrían adoptado las medidas correctivas correspondientes.

**Tabla N° 20**  
**Cerits y UAMP que realizan cobros**  
**por otros conceptos**

	<b>Sí</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Cobros por otros conceptos	8	25.81	23	74.19	31	100

**Gráfico N° 11**  
**Cerits y UAMP que realizan cobros**  
**por otros conceptos**



Fuente: Defensoría del Pueblo.

Es pertinente reiterar que la “Directiva Sanitaria para la Atención Médica periódica a los/las Trabajadoras/ es Sexuales y HSH”, al igual que la Directiva anterior, reconoce la naturaleza gratuita del servicio. Sin embargo, incorporó una disposición mediante la cual señala que “la gratuidad no incluye costos de apertura de Historia Clínica ni de la tarjeta de atención”,

validando la exigencia de dichos cobros, pese a que, en reiteradas oportunidades, la Defensoría del Pueblo ha señalado que éstos son indebidos.

De acuerdo a la información obtenida en las reuniones de trabajo con los funcionarios responsables de los servicios supervisados, fue precisamente en dicha disposición que se ampararon para exigir el pago de dichos conceptos y, lo que es peor aún, algunos de los establecimientos que no realizaban los referidos cobros en el momento en que se produjo la supervisión, estaban evaluando la posibilidad de exigirlos en el futuro.

No obstante, como se indicó en el punto 3.2 del presente informe, este tema ha sido abordado por la Defensoría del Pueblo de manera específica en los Informes de Adjuntía N° 005-2010-DP/AAE y N° 028-2010-DP/AAE, mediante los cuales se recomienda al Minsa y a las Dire-  
sa la suspensión de dichos cobros en el caso de servicios gratuitos –como lo es el servicio de AMP–, recomendaciones que han sido acogidas por el Sector y están siendo acatadas por diversos establecimientos de salud.

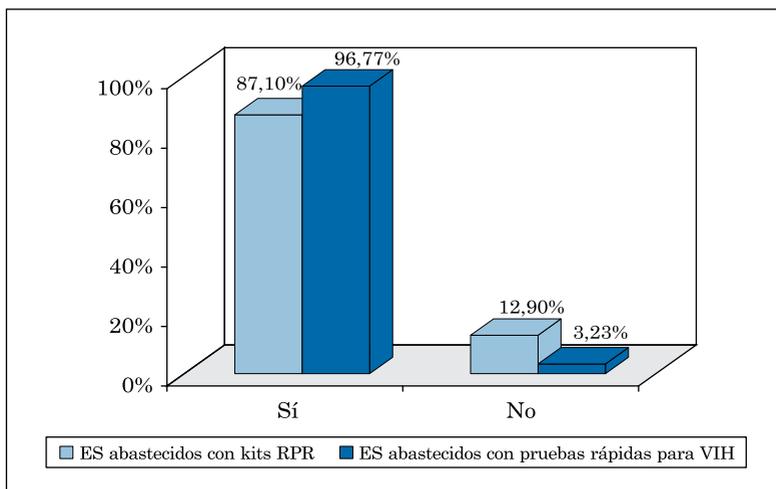
### **b. El abastecimiento de pruebas para el diagnóstico de Sífilis y VIH/Sida**

En lo que respecta al abastecimiento de pruebas para el diagnóstico de Sífilis y VIH, a través de la supervisión se constató que cuatro (4) de los 31 establecimientos supervisados no contaban con kits RPR para el tamizaje de Sífilis en la fecha en que se realizó la visita, mientras que solo un (1) establecimiento no contaba con pruebas rápidas para VIH.

**Tabla N° 21**  
**Cerits y UAMP abastecidos con kits RPR y pruebas rápidas para VIH**

	Sí	%	No	%	Total	%
Establecimientos de salud abastecidos con kits RPR para tamizaje de Sífilis	27	87.10	4	12.90	31	100
Establecimientos de salud abastecidos con Pruebas rápidas para VIH	30	96.77	1	3.23	31	100

**Gráfico N° 12**  
**Cerits y UAMP abastecidos con kits RPR y pruebas rápidas para VIH**



Fuente: Defensoría del Pueblo.

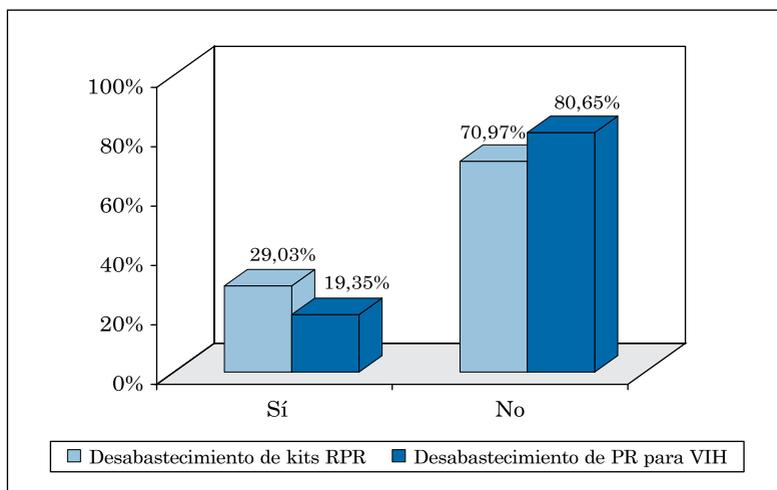
Se debe precisar que la Directiva Sanitaria vigente dispone el uso de la prueba de Elisa, así como de pruebas rápidas para el diagnóstico del VIH, a diferencia de la anterior, que solo consideraba el empleo de pruebas de Elisa. Por esta razón, 30 establecimientos de los 31 visitados cuentan con dichos insumos.

No obstante, en el curso de la supervisión se pudo verificar que 19% de los establecimientos enfrentó problemas de desabastecimiento de pruebas rápidas para VIH y el 29% debió lidiar con problemas de desabastecimiento de kits RPR para el diagnóstico de Sífilis durante los años 2009 y 2010.

**Tabla N° 22**  
**Cerits y UAMP que presentaron problemas de desabastecimiento de insumos para diagnóstico de ITS y VIH/Sida**

	<b>Sí</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Desabastecimiento de PR para diagnóstico VIH 2009–2010	6	19.35	25	80.65	31	100
Desabastecimiento de RPR para diagnóstico de Sífilis 2009–2010	9	29.03	22	70.97	31	100

**Gráfico N° 13**  
**CERITS y UAMP que presentaron problemas**  
**de desabastecimiento de insumos para**  
**diagnóstico de ITS y VIH/sida**



Fuente: Defensoría del Pueblo.

Conforme se indicó anteriormente, durante las reuniones de trabajo efectuadas, los representantes de los establecimientos de salud supervisados que no brindan servicio de AMP en forma gratuita, manifestaron que ello obedecía al desabastecimiento de los insumos requeridos. Sin embargo, al igual que en la supervisión del 2008, se pudo advertir que en tres de los siete establecimientos en los que se efectuaron cobros por dicha atención no se habían registrado problemas de desabastecimiento, lo cual evidencia la arbitrariedad de dichos cobros.

### **c. El abastecimiento de medicamentos para tratamiento de ITS**

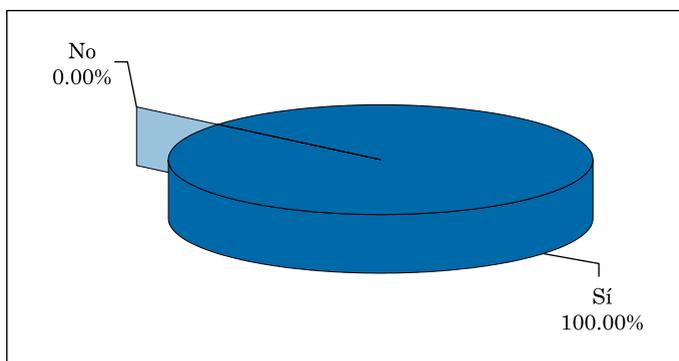
Durante la supervisión se pudo verificar, asimismo, la provisión de medicamentos para el tratamiento de las ITS que se detallan en la Directiva que regula la prestación del servicio de AMP.

Al igual que en la supervisión del 2008, fue grato constatar que los Cerits y las UAMP visitadas no registraron problemas de desabastecimiento de medicamentos en la fecha de supervisión, así como tampoco efectuaron cobros por dicho concepto.

**Tabla N° 23**  
**Cerits y UAMP que tuvieron problemas de desabastecimiento de medicamentos para tratamiento de ITS**

	<b>Sí</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Desabastecimiento de medicamentos para tratamiento de ITS	31	100	0	0	31	100

**Gráfico N° 14**  
**Cerits y UAMP que tuvieron problemas**  
**de desabastecimiento de medicamentos**  
**para tratamiento de ITS**



Fuente: Defensoría del Pueblo.

Sin perjuicio de ello, es necesario reiterar que la realización de cobros indebidos por parte de algunos establecimientos para el diagnóstico de ITS dificulta su acceso al servicio y, por lo tanto, no se estaría brindando el tratamiento necesario al 100% de la población que acude a los Cerits y UAMP con el propósito de recibir dicha atención, elevando así sus probabilidades de contraer una infección por VIH.

**d. El registro de atenciones**

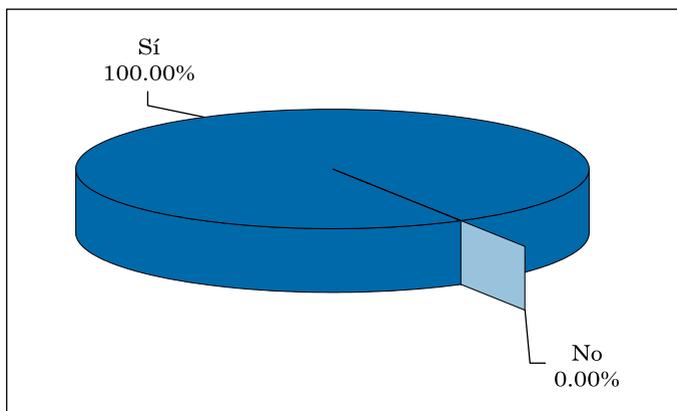
La supervisión permitió constatar, además, que el 100% de los Cerits y UAMP visitados contaban con el Registro

de Atenciones al que hace referencia la Directiva que regula la prestación de este servicio.

**Tabla N° 24**  
**Cerits y UAMP que cuentan con registro de atenciones**

	<b>Sí</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Cerits y UAMP que cuentan con un registro de atenciones	31	100	0	0	31	100

**Gráfico N° 15**  
**Cerits y UAMP que cuentan con registro de atenciones**



Fuente: Defensoría del Pueblo.

### **4.1.3 El servicio de diagnóstico del VIH/Sida a gestantes**

A efectos de llevar a cabo la supervisión del servicio de diagnóstico a gestantes, los(as) comisionados(as) de la Defensoría del Pueblo visitaron 129<sup>140</sup> establecimientos de salud. De esta manera fue posible obtener los resultados que se presentan a continuación respecto al cumplimiento de la Norma Técnica N° 064-MINSA/DGSP-V.01, “Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre –Niño del VIH y la Sífilis Congénita”.

#### **a. El abastecimiento de insumos para tamizaje de sífilis y VIH en gestantes**

La Norma Técnica antes indicada establece que las pruebas rápidas para VIH deben ser aplicadas en todos los niveles de atención a la gestante y su realización debe estar a cargo del profesional de salud capacitado para su uso e interpretación, en tanto que las pruebas de RPR para sífilis deben ser tomadas y procesadas según los niveles de atención.

Con relación al cumplimiento de dicha disposición, la Defensoría del Pueblo verificó que el 92% de los establecimientos supervisados contaba con pruebas rápidas para el tamizaje de VIH en gestantes, mientras que el 84% se encontraba abastecido con kits RPR para el tamizaje de sífilis.

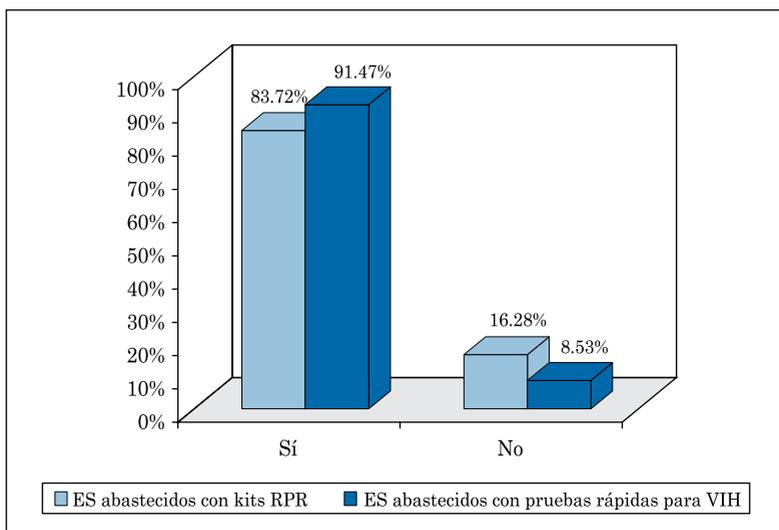
---

140 Anexo VI.

**Tabla N° 25**  
**Establecimientos de salud abastecidos con pruebas rápidas para VIH y kits RPR**

	Sí	%	No	%	Total	%
Establecimientos de salud abastecidos con Pruebas rápidas para VIH	118	91.47	11	8.53	129	100
Establecimientos de salud abastecidos con kits RPR para tamizaje de sífilis	108	83.72	21	16.28	129	100

**Gráfico N° 16**  
**Establecimientos de salud abastecidos con pruebas rápidas para VIH y kits RPR**



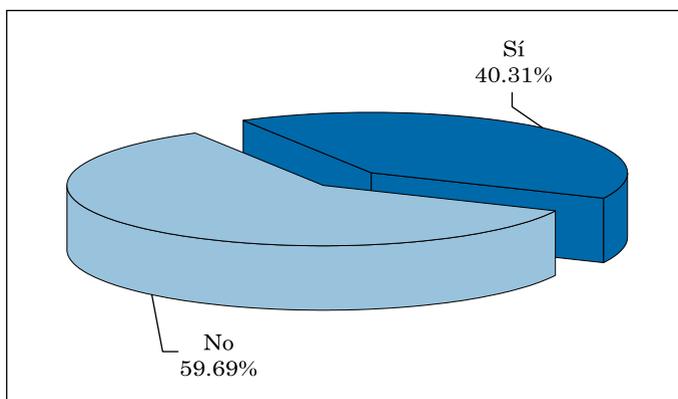
Fuente: Defensoría del Pueblo.

Además de ello, fue posible constatar que el 40% de los establecimientos había tenido problemas de desabastecimiento de dichos insumos durante los años 2009 y 2010, lo cual afectó el tamizaje a gestantes.

**Tabla N° 26**  
**Establecimientos de salud que tuvieron**  
**problemas de desabastecimiento de pruebas**  
**rápidas para VIH y kits RPR**

	<b>Sí</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Establecimientos de salud con problemas de desabastecimiento de pruebas rápidas y kits RPR durante los años 2009–2010	52	40.31	77	59.69	129	100

**Gráfico N° 17**  
**Establecimientos de salud que tuvieron problemas de desabastecimiento de pruebas rápidas para VIH y kits RPR**



Fuente: Defensoría del Pueblo.

Al respecto, durante las reuniones de trabajo realizadas con los representantes de los establecimientos, se informó a los investigadores que este problema se presentaba con frecuencia durante el primer trimestre de cada año debido a aspectos relacionados con la programación y la disponibilidad presupuestal.

En el 36% de los establecimientos supervisados se informó que, además, habían tenido problemas relacionados con los reembolsos por parte del SIS, como consecuencia de lo cual afrontaban períodos de desabastecimiento de los insumos requeridos para la atención a gestantes.

Ante ello, con el fin de no afectar a las usuarias, en aquellos casos en los que era factible, se recurrió a la prueba de Elisa para el diagnóstico de VIH. Asimismo, para el diagnóstico de Sífilis, se realizaron préstamos de los insumos requeridos y se logró referir a las gestantes a otros establecimientos de salud.

Asimismo, algunos establecimientos expresaron su preocupación respecto a la realización del tamizaje a las gestantes durante su primer control prenatal, lo cual no era posible debido al trámite previo que se debe realizar para su afiliación al SIS. Esta situación fue dada a conocer en el ***Informe Defensorial N° 143***, pero, al parecer, no habría sido resuelta.

Otro tema que fue abordado durante las referidas reuniones es el relacionado a la gratuidad del diagnóstico de VIH y Sífilis en gestantes, toda vez que, de acuerdo a la Norma Técnica N° 064–MINS/DGSP–V.01, *“las pruebas de laboratorio para el tamizaje, diagnóstico y seguimiento del VIH y Sífilis durante el embarazo, parto y puerperio, así como las de los niños nacidos de madres infectadas, son gratuitas”*.

Sin embargo, de acuerdo a lo indicado por los representantes de algunos establecimientos, en la práctica, dicha gratuidad solo alcanzaría a las gestantes afiliadas al SIS, mediante el cual se financian los insumos empleados para la prestación del servicio puesto que, en caso contrario, se generarían inconvenientes en la tramitación del reembolso correspondiente.

Al respecto, la Defensoría del Pueblo considera que en tanto el diagnóstico de VIH en gestantes constituye una prioridad sanitaria, es importante que se adopten las medidas necesarias para garantizar su gratuidad en todos los casos, conforme lo establece la referida Norma Técnica, independientemente de la fuente mediante la cual sean financiados los insumos empleados.

### **b. La consejería pre y post test**

Como lo establece la Ley N° 26626,<sup>141</sup> la realización de la prueba para el diagnóstico del VIH requiere de consejería previa, la cual es de carácter obligatorio y no contempla excepción alguna.

Para tal efecto, como se señaló anteriormente, se requiere un ambiente adecuado que garantice su privacidad y confidencialidad.

En atención a ello, en el curso de la supervisión se verificó que el 10% de establecimientos de salud visitados no cuenta con un ambiente adecuado para la prestación de este servicio.

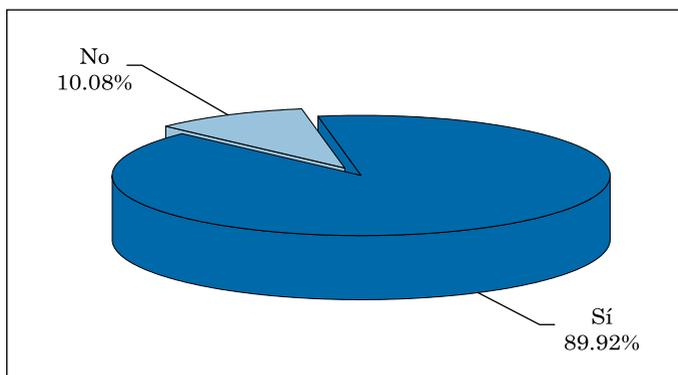
---

141 Ley N° 26626, art. 4.

**Tabla N° 27**  
**Establecimientos de salud que cuentan con un ambiente adecuado para la consejería**

	Sí	%	No	%	Total	%
Establecimientos de salud que brindan consejería en un lugar que asegure su confidencialidad	116	89.92	13	10.08	129	100

**Gráfico N° 18**  
**Establecimientos de salud que cuentan con un ambiente adecuado para la consejería**



Fuente: Defensoría del Pueblo.

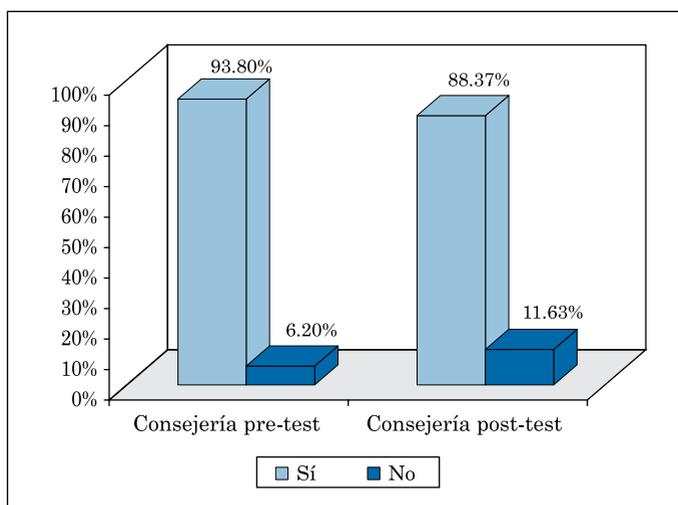
Además, la supervisión permitió constatar que en el 6% de establecimientos no se brindaba consejería pre test y en el 12% no se brindaba consejería post test, la cual

no estaría siendo valorada en igual medida, pese a su importancia para fines preventivos.

**Tabla N° 28**  
**Establecimientos de salud que brindan**  
**consejería pre y post test de VIH**

	Sí	%	No	%	Total	%
Consejería pre test	121	93.8	8	6.20	129	100
Consejería post test	114	88.37	15	11.63	129	100

**Gráfico N° 19**  
**Establecimientos de salud que brindan**  
**consejería pre y post test**



Fuente: Defensoría del Pueblo.

Al respecto, cabe recordar lo señalado en el ***Informe Defensorial N° 143*** respecto a la realización de la consejería pre test de VIH en el caso de gestantes, la cual, de brindarse adecuadamente, representa una alternativa real para que la gestante pueda optar por la realización de la prueba para el diagnóstico del VIH, sin que sea necesario establecer su carácter obligatorio, afectando el derecho a la libertad y la autonomía de la voluntad de la mujer.<sup>142</sup>

En la línea de lo expuesto anteriormente, es preciso considerar que durante la supervisión se verificó que establecimientos realizan el procedimiento de consentimiento informado y aplican el formato correspondiente a gestantes para la realización de la prueba de VIH.

Así, de acuerdo a lo constatado por el personal de la Defensoría del Pueblo, si bien el 76% de los establecimientos informó que sí se emplea el formato de consentimiento informado en gestantes, el 41% señaló que éste “no es indispensable en el caso de gestantes, toda vez que, de acuerdo a ley, en el caso de gestantes, la prueba es obligatoria”.

Lo señalado anteriormente ratifica lo expresado por la Defensoría del Pueblo en el Informe de Adjuntía N° 01-2010/DP-ADM, “Segundo Informe sobre el derecho a una maternidad segura”, con relación a la regulación de las pruebas de VIH en los servicios públicos de salud, la

---

142 Defensoría del Pueblo, *Informe Defensorial N° 143*, Op. cit., p. 170.

cual no garantiza el derecho de las gestantes a prestar su consentimiento de manera previa a la realización de la prueba.

Por el contrario, tal como se encuentran redactados los protocolos, se podría estar promoviendo la realización de estas pruebas sin tomar en cuenta lo establecido en la Ley N° 28243, que solo prescribe la obligatoriedad de éstas en gestantes que presentan riesgo previsible de infección o contagio.<sup>143</sup>

#### **4.1.4 El servicio de prevención de la transmisión vertical del VIH/Sida**

Este servicio tiene por finalidad disminuir la transmisión madre–niño del VIH a través de la administración oportuna de profilaxis y/o tratamiento, según los escenarios que corresponda, a la madre con VIH y su niño o niña.

Habida cuenta de esta consideración, con el propósito de llevar a cabo la supervisión se tomaron en cuenta los principales aspectos referidos a este servicio, también regulados por la Norma Técnica N° 064–Minsa/DGSP–V.01, “Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre–Niño del VIH y la Sífilis Congénita”.

De este modo se dispuso la visita a los establecimientos de salud que, en razón de su categoría y nivel de com-

---

143 Defensoría del Pueblo, *Informe De Adjuntía N° 01-2010/Dp-Adm*, Op. cit., p. 44.

plejidad, brindan este servicio en las zonas de intervención identificadas.<sup>144</sup>

Cabe señalar que el total de establecimientos supervisados representa el 81% del número de establecimientos de salud que brindan el servicio de Prevención de la Transmisión Vertical en las zonas de intervención.

Así, en la línea de lo antes indicado, se obtuvieron los siguientes resultados.

#### **a. El suministro de leche artificial**

Tal como lo dispone la norma antes indicada, se ha previsto la entrega de sucedáneos de leche materna a la madre o a la persona encargada de su cuidado en forma gratuita, durante un período de seis meses, con el propósito de prevenir la transmisión del virus durante la lactancia.

En razón de ello, en el curso de la supervisión de los establecimientos que brindan este servicio se verificó el abastecimiento de sucedáneos de leche materna, el período de suministro de ésta, la cantidad entregada en cada caso y su gratuidad.

De este modo fue posible constatar que el 100% de los establecimientos se encontraba abastecido con sucedáneos de leche materna.

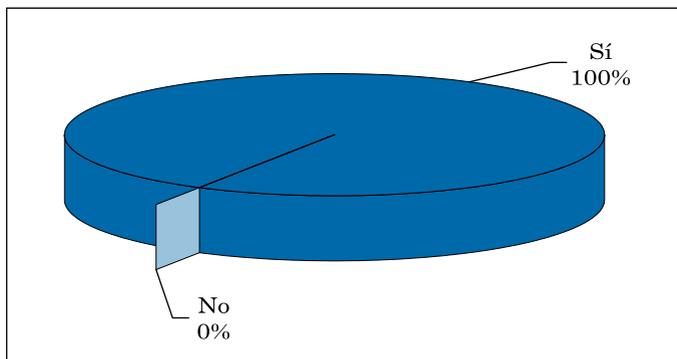
---

144 Anexo VII.

**Tabla N° 29**  
**Establecimientos de salud abastecidos con**  
**sucedáneos de leche materna**

	Sí	%	No	%	Total	%
Establecimientos de salud que se encuentran abastecidos con leche artificial	25	100	0	0	25	100

**Gráfico N° 20**  
**Establecimientos de salud abastecidos con**  
**sucedáneos de leche materna**



Fuente: Defensoría del Pueblo.

En lo referente a la cantidad de leche entregada, el 92% de los establecimientos informó que se proporciona un total de 76 tarros, como lo establece la norma. Asimismo, el 100% de los establecimientos de salud supervisados

señaló que el suministro de la leche artificial se realiza en forma gratuita.

No obstante, cabe indicar que dicha información es referencial en la medida en que no pudo ser corroborada en la mayoría de los casos, toda vez que no todos los establecimientos visitados atendían a niños y niñas expuestos a VIH en seguimiento, en la fecha de la supervisión.

### **b. El abastecimiento de medicamentos para terapia antirretroviral**

La Norma Técnica vigente<sup>145</sup> establece la terapia antirretroviral triple<sup>146</sup> como tratamiento para la prevención de la transmisión vertical, en el caso de gestantes diagnosticadas por primera vez durante el control prenatal, y que no cumplen los criterios para inicio del Targa.

Es preciso mencionar que dicho dispositivo legal señala, asimismo, que los medicamentos utilizados para la prevención de la transmisión vertical y la Sífilis congénita son gratuitos y que deben estar disponibles para prevenir la transmisión vertical según el escenario que se presente.

---

145 Norma Técnica N° 064–MINSA/DGSP–V.01. “Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre–Niño del VIH y la Sífilis Congénita”.

146 Terapia antirretroviral sobre la base del suministro de tres medicamentos.

Sobre la base de lo antes señalado, de acuerdo a la información registrada por la Defensoría del Pueblo, solo uno de los establecimientos visitados no disponía de los antirretrovirales requeridos para la terapia antirretroviral triple en la fecha en que se llevó a cabo la supervisión.<sup>147</sup>

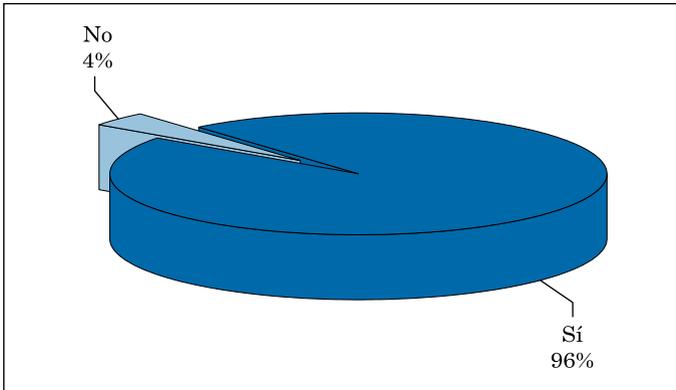
**Tabla N° 30**  
**Establecimientos de salud abastecidos con medicamentos para la terapia antirretroviral para la prevención de la transmisión vertical del VIH**

	<b>Sí</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Establecimientos de salud abastecidos con medicamentos para la terapia antirretroviral para la prevención de la transmisión vertical	24	96	1	4	25	100

---

147 Este fue el caso del Hospital “Dos de Mayo” de Lima, visitado el 24 del junio del 2010.

**Gráfico N° 21**  
**Establecimientos de salud abastecidos con**  
**medicamentos para la terapia antirretroviral**  
**para la prevención de la transmisión**  
**vertical del VIH**



Fuente: Defensoría del Pueblo.

No obstante, el 24% de los establecimientos visitados refirió haber registrado problemas de desabastecimiento de medicamentos empleados en la terapia triple a gestantes durante los años 2009 y 2010.<sup>148</sup>

---

148 Entre estos establecimientos de salud se encuentran el Hospital “Arzobispo Loayza”, el Hospital “Dos de Mayo”, el Hospital Nacional “Sergio Bernales”, el Hospital “Hipólito Unanue”, el Hospital “Rezzola” de Cañete y el Hospital de Apoyo “San Juan Bautista de Huaral”.

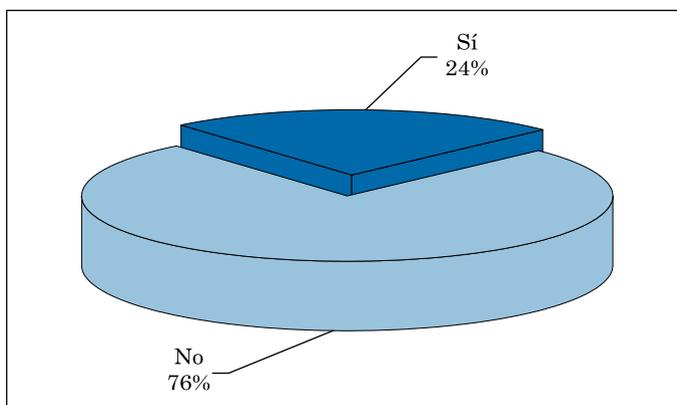
**Tabla N° 31**

**Establecimientos de salud que tuvieron problemas de desabastecimiento de medicamentos para la terapia antirretroviral para la prevención de la transmisión vertical del VIH**

	<b>Sí</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Establecimientos de salud que tuvieron problemas de desabastecimiento de medicamentos para la terapia antirretroviral para la prevención de la transmisión vertical del VIH	6	24	19	76	25	100

**Gráfico N° 22**

**Establecimientos de salud que tuvieron problemas de desabastecimiento de medicamentos para la terapia antirretroviral para la prevención de la transmisión vertical del VIH**



Fuente: Defensoría del Pueblo

Lo señalado anteriormente causa especial preocupación en la medida que los seis establecimientos que afrontaron problemas de desabastecimiento de dichos insumos se encuentran ubicados en el departamento de Lima y atienden a un mayor número de población usuaria.

**c. El registro de atención y seguimiento de la gestante con VIH y el registro de atención y seguimiento del niño expuesto al VIH**

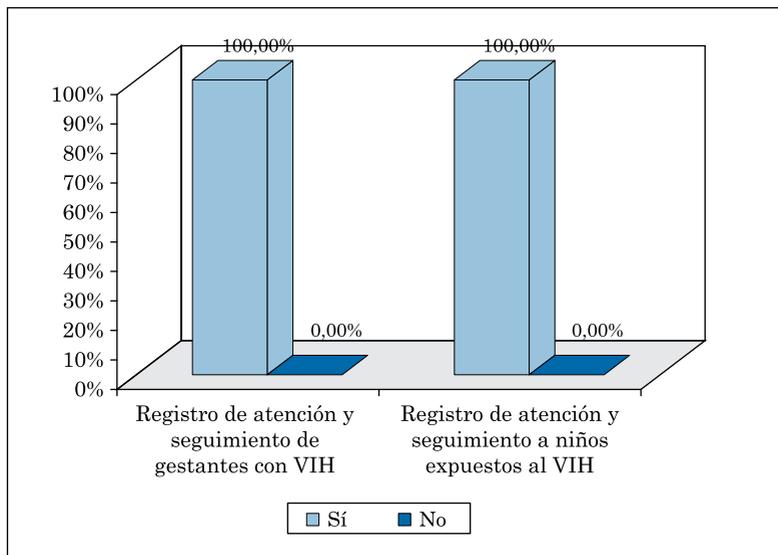
La Norma Técnica en referencia dispone el registro de información sobre atención y seguimiento de la gestante con VIH/Sida, así como del niño expuesto al VIH, mediante libros cuyo llenado es responsabilidad del Equipo de Prevención de la Transmisión Vertical madre–niño y Sífilis de cada establecimiento de salud que reporta casos.

Al respecto, la supervisión realizada permitió constatar que todos los establecimientos visitados contaban con ambos registros.

**Tabla N° 32**  
**Establecimientos de salud que cuentan con un registro de atención y seguimiento de la gestante con VIH y registro de atención y seguimiento del niño expuesto al VIH**

	<b>Sí</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Establecimientos de salud que cuentan con un registro de atención y seguimiento de la gestante con VIH	25	100	0	0	25	100
Establecimientos de salud que cuentan con un registro de atención y seguimiento del niño expuesto al VIH	25	100	0	0	25	100

**Gráfico N° 23**  
**Establecimientos de salud que cuentan con un registro de atención y seguimiento a la gestante con VIH y registro de atención y seguimiento del niño expuesto al VIH**



Fuente: Defensoría del Pueblo.

Debemos mencionar que, ciertamente, se aprecian mayores niveles de cumplimiento de la Norma Técnica que regula los procedimientos establecidos a efectos de prevenir la transmisión vertical del VIH.

Sin perjuicio de ello, es oportuno mencionar que, pese a que en algunos casos se reporta el cumplimiento

formal de dicho dispositivo legal, algo que causa especial preocupación a la Defensoría del Pueblo, son las reiteradas denuncias de hechos discriminatorios hacia gestantes con VIH, tal como se indicó en el punto 3.4 de este documento.

Ello se debe a que resulta inadmisibles que trabajadores de la salud sean frecuentemente identificados como los autores de tales actos –cuando se supone que son quienes poseen mayor información sobre el VIH/Sida y sus vías de transmisión– y cuyo comportamiento puede determinar la transmisión del VIH al niño o la niña que está por nacer, ante lo cual todo esfuerzo realizado para prevenir una nueva infección se habrá producido en vano.

#### **4.1.5 El servicio de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (Targa) para Personas Adultas**

De acuerdo a lo informado por el Minsa,<sup>149</sup> son 30 establecimientos de salud los que brindan el servicio de Targa en los 10 departamentos identificados como zonas de intervención, de los cuales se supervisó 25,<sup>150</sup> esto es, el 83% total de establecimientos que brindan dicho servicio.

En este caso, como se hizo en el 2008, la supervisión estuvo dirigida a constatar, principalmente, el empleo del formato de consentimiento informado para el

---

149 Mediante Oficio N° 1403–2011–DGSP–MINSA, del 29 de marzo del 2011.

150 Anexo VIII.

inicio del Targa y el abastecimiento de medicamentos, habiéndose obtenido los siguientes resultados:

**a. El formato de consentimiento informado para inicio del Targa**

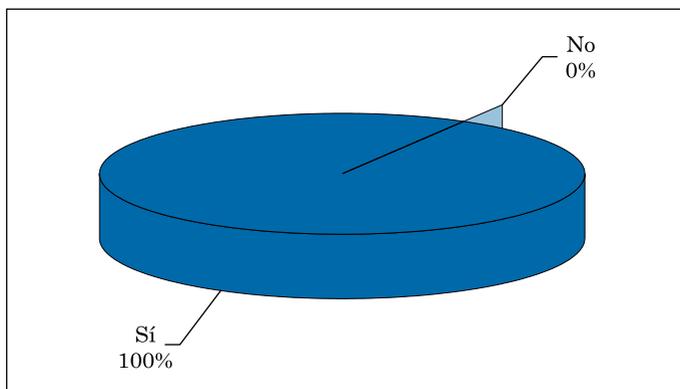
La voluntariedad del Targa se encuentra reconocida en la Norma Técnica N° 004–MINSA/DGSP–V.02. Por ello es necesario cumplir con el procedimiento de consentimiento informado y documentar la aceptación del paciente en la Hoja de Consentimiento Informado, de acuerdo con el formato propuesto por el referido dispositivo legal.

En el curso de la supervisión se constató que el 100% de los establecimientos visitados contaba con dicho formato.

**Tabla N° 33**  
**Establecimientos de salud que cuentan con el formato de consentimiento informado para el inicio del Targa**

	<b>Sí</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Establecimientos de salud que cuentan con el formato de consentimiento informado para el inicio del Targa	25	100	0	0	25	100

**Gráfico N° 24**  
**Establecimientos de salud que cuentan**  
**con el formato de consentimiento informado**  
**para el inicio del Targa**



Fuente: Defensoría del Pueblo.

**b. El abastecimiento de medicamentos**

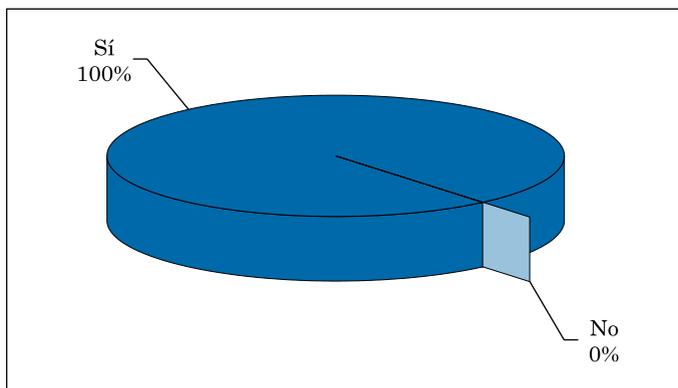
Como se ha informado, el Targa supone el suministro de tres medicamentos sobre la base de esquemas (combinaciones) que responden a su estado de salud y su evolución durante el tratamiento, los cuales se encuentran establecidos en la Norma Técnica en mención, distinguiendo los esquemas Targa para pacientes que inician por primera vez el tratamiento (esquema básico o “naive”), y los esquemas para aquellos que no logran la adherencia al tratamiento (esquemas de rescate).

Con relación al abastecimiento de los medicamentos empleados en el Targa, los comisionados y comisionadas de la Defensoría del Pueblo pudieron constatar, en el curso de la supervisión, que el 100% de los establecimientos disponía de los medicamentos requeridos para brindar el tratamiento, según los esquemas de las personas a las que brindan atención.

**Tabla N° 34**  
**Establecimientos de salud abastecidos**  
**con antirretrovirales para el Targa**

	<b>Sí</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Establecimientos de salud abastecidos con antirretrovirales para el Targa	25	100	0	0	25	100

**Gráfico N° 25**  
**Establecimientos de salud abastecidos con antirretrovirales para el Targa**



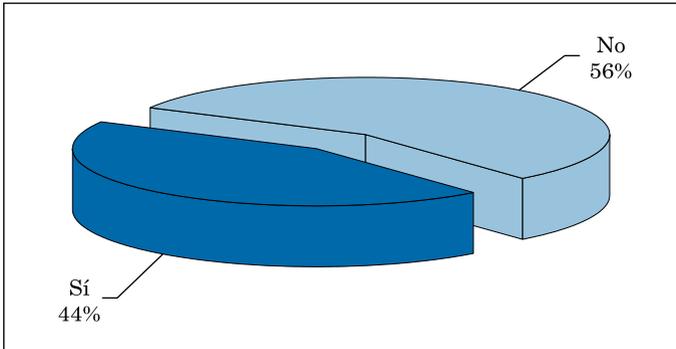
Fuente: Defensoría del Pueblo.

Sin embargo, cabe destacar que el 44% señaló que había tenido problemas de desabastecimiento durante el 2010.

**Tabla N° 35**  
**Establecimientos de salud que tuvieron problemas de desabastecimiento de antirretrovirales durante el 2010–Targa personas adultas**

	Sí	%	No	%	Total	%
Establecimientos de salud que tuvieron problemas de desabastecimiento de antirretrovirales durante el 2010	11	44	14	56	25	100

**Gráfico N° 26**  
**Establecimientos de salud que tuvieron**  
**problemas de desabastecimiento**  
**de antirretrovirales durante**  
**el 2010–Targa personas adultas**



Fuente: Defensoría del Pueblo.

Entre los medicamentos reportados como faltantes se encuentran los siguientes:

- Zidovudina (AZT)
- Nevirapina (NVP)
- Stavudina (D4T)
- Didanosina (DDI)

Con relación a este problema, durante las reuniones de trabajo sostenidas con el personal a cargo de los servicios supervisados, éstos coincidieron en manifestar que, en la mayoría de los casos, esta situación obedecía a problemas relacionados con la compra nacional, los

cuales impidieron atender sus requerimientos en forma correcta y oportuna.

Asimismo, con relación a las medidas correctivas adoptadas, informaron que ante la falta de algunos medicamentos debieron solicitar préstamos a establecimientos que contaban con stock suficiente. Además de ello, se redujo el período de entrega de los medicamentos a los usuarios y usuarias a efectos de evitar la interrupción del tratamiento.<sup>151</sup>

#### **4.1.6 El servicio de Targa para niños, niñas y adolescentes**

Asimismo, la supervisión del servicio de Targa para niños, niñas y adolescentes estuvo dirigida a verificar el abastecimiento de medicamentos empleados en el tratamiento que se brinda en forma gratuita a este sector de la población.

Para tal efecto se visitó a los 18 establecimientos de salud<sup>152</sup> que brindan este servicio en las zonas de intervención.

---

151 Cabe mencionar que esta última medida ha sido motivo de queja en reiteradas ocasiones por parte de las personas que reciben Targa, debido a que deben acudir con mayor frecuencia al establecimiento de salud, lo cual supone, entre otros aspectos, pedir permisos laborales, realizar gastos por movilidad no previstos y poner en riesgo la confidencialidad de su diagnóstico; con lo cual se ven bastante afectados

152 Anexo IX.

De esta manera, se pudo verificar que 28% de los establecimientos visitados enfrentó problemas de desabastecimiento de antirretrovirales para niños y niñas durante el 2010.<sup>153</sup>

Entre los medicamentos reportados como faltantes se encuentran los siguientes:

- Nevirapina
- Stavudina en jarabe
- Lopinavir/Ritonavir en jarabe
- Efavirenz

Es preciso advertir que los establecimientos visitados reportaron en total 214 niños y niñas y 41 adolescentes en Targa en la fecha de supervisión. De este total, 84 niños y niñas y 18 adolescentes eran atendidos en los establecimientos que reportaron problemas de desabastecimiento.

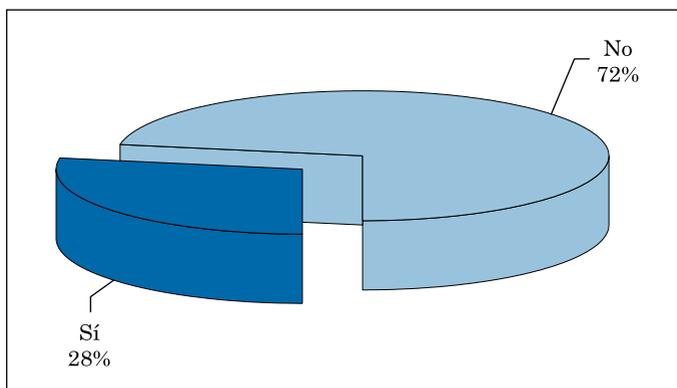
---

153 Entre los establecimientos que tuvieron este problema se encuentran el Hospital “Arzobispo Loayza”, el Hospital Nacional Hipólito Unanue”, ambos de Lima; el Hospital Nacional “Daniel Alcides Carrión”, el Hospital de Apoyo “San José”, ambos del Callao; y el Hospital “Santa Rosa” de Piura.

**Tabla N° 36**  
**Establecimientos de salud que tuvieron problemas de desabastecimiento de antirretrovirales durante el 2010–Targa niños, niñas y adolescentes**

	Sí	%	No	%	Total	%
Establecimientos de salud que tuvieron problemas de desabastecimiento de antirretrovirales durante el 2010	5	27.78	13	72.22	18	100

**Gráfico N° 27**  
**Establecimientos de salud que tuvieron problemas de desabastecimiento de antirretrovirales durante el 2010–Targa niños, niñas y adolescentes**



Fuente: Defensoría del Pueblo.

Si bien se observa un menor porcentaje de establecimientos con problemas de desabastecimiento respecto a la supervisión del 2008, éste continúa siendo un problema que requiere especial atención debido a que —como se indicó en el *Informe Defensorial N° 143*<sup>154</sup>— se genera, principalmente, por la falta de proveedores (“las compras programadas no resultan atractivas para los laboratorios”) y por el alto costo de los medicamentos, debido al reducido número de niños, niñas y adolescentes en tratamiento.

Esta situación ha motivado la intervención de la Defensoría del Pueblo en diversas ocasiones, mediante la cual se ha podido identificar distintos problemas en el suministro regular y oportuno de los medicamentos antirretrovirales.

En razón de ello se ha llegado a plantear algunas alternativas de solución, atendiendo a la magnitud de esta problemática, que podría afectar la continuidad del tratamiento farmacológico que recibe este grupo de pacientes y, en consecuencia, poner en riesgo su salud y su vida. Sin embargo, a la fecha no ha sido posible poner en práctica alternativas de solución definitivas que permitan corregir las deficiencias advertidas y garanticen el acceso de las personas con VIH a tratamiento y medicamentos, de modo tal que puedan tener una vida digna.

---

154 Defensoría del Pueblo. *Informe Defensorial N° 143*, Op. cit., p. 186.

## **4.2 Resultados obtenidos en las zonas de intervención no consideradas en el *Informe Defensorial N° 143***

Conforme a lo señalado en el punto 4, a continuación se presentan los resultados obtenidos en el curso de la supervisión realizada durante el año 2010, en las zonas de intervención que no fueron consideradas en el *Informe Defensorial N° 143*, que corresponden a departamentos que –de acuerdo a los reportes epidemiológicos del Minsa– no registran una alta incidencia de casos de VIH/Sida y que, en consecuencia, presentan una menor demanda de los referidos servicios.

Cabe destacar, sin embargo, que lo señalado anteriormente no significa que las intervenciones sanitarias en materia de VIH/Sida en dichas zonas no merezcan una especial atención, sino que, por el contrario, evidencian la necesidad de poner un especial énfasis en las acciones preventivas.

### **4.2.1 El Servicio de Consejería en ITS y VIH/sida**

En el curso de la supervisión de los 61 establecimientos de salud visitados en los departamentos de Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Junín, Madre de Dios y Pasco<sup>155</sup> se pudo obtener los siguientes resultados:

---

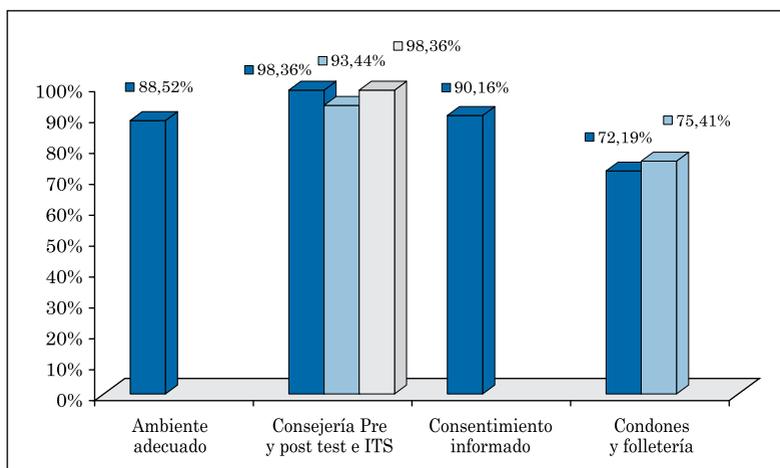
155 Anexo XI.

**Tabla N° 37**  
**Resultados de la supervisión del servicio**  
**de Consejería en ITS y VIH/sida**

Consejería en ITS y VIH/Sida		Sí	%	No	%	Total	%
Ambiente adecuado		54	88.52	7	11.48	61	100
Consejería pre y post test e ITS	C. Pre test	60	98.36	1	1.64	61	100
	C. Post test	57	93.44	4	6.56	61	100
	C. ITS	60	98.36	1	1.64	61	100
Consentimiento informado		55	90.16	6	9.84	61	100
Condomes y folletería	Condomes	44	72.19	17	27.87	61	100
	Folletería	46	75.41	15	24.59	61	100

### Gráfico N° 28

## Resultados de la supervisión del servicio de Consejería en ITS y VIH – Niveles de cumplimiento



Fuente: Defensoría del Pueblo.

Tal como se muestra en la tabla y el gráfico precedentes, en el curso de las visitas realizadas se pudo constatar que el 88.52% de establecimientos cuenta con un ambiente adecuado para la prestación del servicio de consejería.

Asimismo se verificó que un alto porcentaje de establecimientos supervisados cumplía con brindar consejería pre test de VIH –la cual tiene carácter obligatorio, de acuerdo a ley–, así como con brindar consejería en ITS. Este porcentaje disminuye en el caso de la realización de la consejería post-test, pese a la importancia de esta última.

Con relación al consentimiento informado se pudo corroborar que el 10% de establecimientos visitados no contaba con el formato de consentimiento informado para la realización de la prueba de despistaje de VIH. Cabe señalar que este porcentaje es mayor al registrado en las visitas realizadas a los establecimientos ubicados en zonas de alta incidencia.

En lo que respecta a la entrega de condones y folletería se constató que el 27.87% de establecimientos supervisados no entregaba condones a todos los consultantes, en tanto que el 24.59% no entregaba folletería sobre VIH/Sida.

Es preciso señalar que, además de los cuatro aspectos mencionados anteriormente, asimismo se tuvo en cuenta la gratuidad del servicio y el registro de atenciones de la Esnitss.

Con relación a la gratuidad del servicio, se pudo constatar que ninguno de los establecimientos visitados efectuaba cobros por este concepto, mientras que, en el caso del registro de atenciones, en el curso de la supervisión se verificó que el 18% del total de establecimientos visitados no contaba con éste.

Es de advertir, en este último caso, que el porcentaje es mucho mayor al registrado en la supervisión a los establecimientos de zonas de alta incidencia.

#### **4.2.2 El Servicio de Atención Médica Periódica (AMP)**

Tal como se indicó en el punto 4.1.2, a efectos de llevar a cabo las visitas de supervisión programadas, se solicitó a la Esnitss la relación de establecimientos de salud que cuentan con Cerits y Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP) en el ámbito nacional.

Asimismo, cada Oficina Defensorial solicitó a la Dirección de Salud de su jurisdicción el listado de Cerits y UAMP ubicadas en las zonas de intervención, mediante lo cual se pudo advertir diferencias en la información proporcionada por las Diresa y la proporcionada por la Esnitss, tal como se muestra a continuación:<sup>156</sup>

---

156 Para mayor referencia, revisar el punto 4.2.1.2 del presente informe.

**Tabla N° 38**  
**Número de Cerits y UAMP en zonas de**  
**intervención *no* consideradas en el Informe**  
**Defensorial N° 143**

Departamentos	Relación ESN PC ITS/VIH y SIDA		Relación de Diresa	
	Cerits	UAMP	Cerits	UAMP
Amazonas	0	2	0	3
Apurímac	0	1	0	1
Ayacucho	0	1	1	4
Cajamarca	1	5	0	5
Junín	1	7	1	7
Madre de Dios	0	1	0	2
Pasco	0	3	0	4
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>2</b>	<b>26</b>

Fuente: Defensoría del Pueblo.

En atención a lo señalado anteriormente, los resultados de la supervisión a este servicio se procesaron tomando como referencia lo informado por cada Diresa, y es en base a dicha información que se presenta la información obtenida en el curso de la supervisión.

De esta manera, de los 2 Cerits y 26 UAMP ubicados en las zonas de intervención, se supervisaron 2 Cerits y 13 UAMP.<sup>157</sup>

Así, mediante la supervisión realizada se pudo obtener los siguientes resultados:

**Tabla N° 39**  
**Resultados de la supervisión del servicio de AMP**

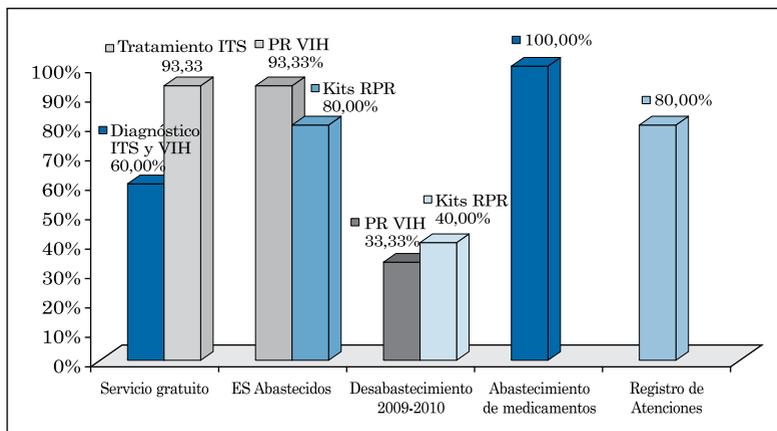
Atención Médica Periódica		Sí	%	No	%	Total	%
Gratuidad	Diagnóstico ITS y VIH	9	60.00	6	40.00	15	100
	Tratamiento ITS	14	93.33	1	6.67	15	100
Abastecimiento	PR para VIH	14	93.33	1	6.67	15	100
	Kits RPR para Sífilis	12	80.00	3	20.00	15	100
Desabastecimiento	PR para VIH	5	33.33	10	66.67	15	100
	Kits RPR para Sífilis	6	40.00	9	60.00	15	100
Abastecimiento de medicamentos		15	100	0	0.00	15	100
Registro de Atenciones		12	80.00	3	20.00	15	100

---

157 Anexo XII.

### Gráfico N° 29

## Resultados de la supervisión del servicio de AMP – Niveles de cumplimiento



Fuente: Defensoría del Pueblo.

Como se puede apreciar en la tabla y el gráfico precedentes, en el curso de la supervisión realizada se pudo verificar que en el 40% de los establecimientos visitados no se brinda el servicio de diagnóstico de ITS y VIH en forma gratuita, en tanto que, en el 7% de éstos, el tratamiento de ITS no se brinda en forma gratuita.

Cabe señalar que, una vez más, la Defensoría del Pueblo pudo constatar que los cobros antes indicados eran justificados, aduciendo la falta de insumos.

Asimismo, la supervisión realizada permitió verificar que en 6 de los 15 establecimientos visitados se reali-

zaban cobros por otros conceptos, cuyo monto fluctuaba entre S/. 2.50 y S/. 10.00 por generación de historia clínica y derecho de consulta.<sup>158</sup>

Si bien este tema ha sido abordado detenidamente en el presente documento,<sup>159</sup> es oportuno reiterar que es urgente y necesaria la modificación de la Directiva Sanitaria N° 030-MINSA/DGSP-V.01, “Directiva Sanitaria para la Atención Médica Periódica a las/los Trabajadoras/es Sexuales y HSH”, en el extremo que señala que la gratuidad del servicio “(..) no incluye los costos por apertura de Historia Clínica ni de la tarjeta de atención”.

Ahora bien, con relación al abastecimiento de pruebas para el diagnóstico de Sífilis y VIH, en el curso de la supervisión se constató que solo 1 de los 15 establecimientos supervisados no contaba con pruebas rápidas para VIH, en tanto que 3 de ellos no contaban con kits RPR para el diagnóstico de Sífilis.

No obstante, se verificó que el 33% de establecimientos visitados tuvo problemas de desabastecimiento de pruebas rápidas y el 40% de kits RPR durante el 2010.

---

158 Entre éstos se encuentran el Cerits del Hospital de Apoyo “Daniel Alcides Carrión” de Junín y las UAMP del Hospital Regional “Virgen de Fátima de Chachapoyas, el Hospital de Apoyo “Santiago Apóstol” de Utcubamba, el Hospital Regional de Cajamarca, el Hospital de Apoyo “El Carmen” de Junín y el Hospital “Daniel Alcides Carrión” de Pasco.

159 Para mayor referencia, revisar el punto 4.2 del presente informe.

Con relación al abastecimiento de medicamentos para el tratamiento de ITS, cabe destacar que el 100% de establecimientos se encontraba dotado de dichos insumos.

Finalmente, en lo que respecta al Registro de Atenciones al que hace referencia la norma que regula este servicio, se constató que 3 de los 15 establecimientos supervisados no contaban con él.<sup>160</sup>

#### **4.2.3 El Servicio de Diagnóstico del VIH a gestantes**

Con el propósito de llevar a cabo la supervisión del servicio de diagnóstico a gestantes, el personal de la Defensoría del Pueblo visitó 61<sup>161</sup> establecimientos de salud, lo cual permitió la obtención de los siguientes resultados:

---

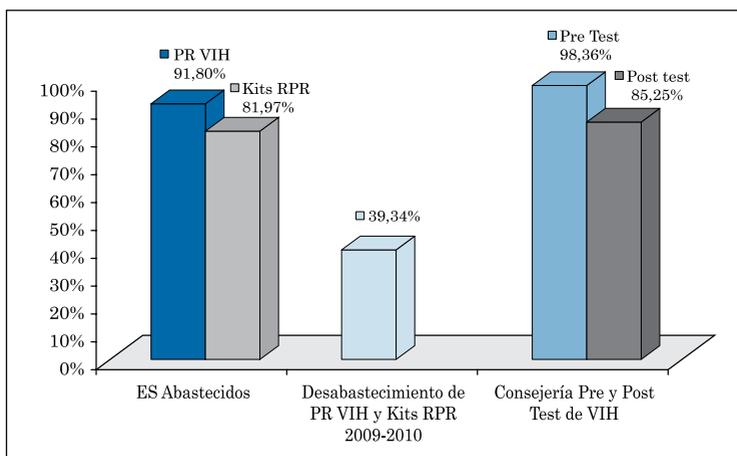
160 Los establecimientos que no exhibieron este Registro fueron las UAMP del Hospital de Apoyo “José Soto Cadenillas”, el Centro de Salud “Chilete” –ambos de Cajamarca- y la UAMP del Centro de Salud “Uliachín” de Pasco.

161 Anexo XIII.

**Tabla N° 40**  
**Resultados de la supervisión del servicio**  
**de Diagnóstico a gestantes**

Diagnóstico a gestantes		Sí	%	No	%	Total	%
Abastecimiento	PR para VIH	56	91.80	5	8.20	61	100
	Kits RPR para Sífilis	50	81.97	11	18.03	61	100
Desabastecimiento PR VIH y Kits RPR		24	39.34	37	60.66	61	100
Consejería	Pre Test	60	98.36	1	1.64	61	100
	Post Test	52	85.25	9	14.75	61	100

**Gráfico N° 30**  
**Resultados de la supervisión del servicio de**  
**Diagnóstico a gestantes–Niveles de cumplimiento**



Fuente: Defensoría del Pueblo.

Con relación al abastecimiento de insumos para el tamizaje de VIH y Sífilis en gestantes, la Defensoría del Pueblo verificó que el 92% de los establecimientos supervisados contaba con pruebas rápidas para VIH, mientras que el 82% se encontraba abastecido con kits RPR para Sífilis.

Asimismo fue posible constatar que el 40% de los establecimientos había enfrentado problemas de desabastecimiento de dichos insumos durante los años 2009 y 2010.

Cabe señalar que similares porcentajes de registraron en la supervisión realizada a este servicio en las zonas de mayor incidencia.<sup>162</sup>

Por otro lado, como se ha señalado anteriormente, la realización de la consejería pre y post test de VIH cobra especial relevancia en el caso de las gestantes, razón por la cual, en el curso de la supervisión se verificó que el 98% de establecimientos supervisados brinda consejería previa, en tanto que el 85% brinda consejería post test de VIH.

Cabe señalar, al respecto, además, que el 10% de establecimientos visitados no cuenta con un ambiente adecuado que garantice la confidencialidad y la privacidad del servicio.

Ahora bien, en la línea de lo señalado en el punto 4.1.3 del presente informe, se verificó si los establecimien-

---

<sup>162</sup> Ver punto 4.2.1.3 del presente informe.

tos supervisados aplican el formato de consentimiento informado a gestantes. Así, se advirtió que el 38% de éstos no lo hace por no considerarlo indispensable, toda vez que, de acuerdo a ley, “en el caso de las gestantes, la prueba es obligatoria”.

#### **4.2.4 El Servicio de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH/sida**

Para la supervisión de este servicio se debió visitar a los establecimientos de salud que brindan este servicio, atendiendo a su categoría y nivel de complejidad.<sup>163</sup>

De esta manera se pudo obtener los siguientes resultados:

**Tabla N° 41**  
**Resultados de la supervisión del servicio de prevención de la transmisión vertical del VIH/Sida**

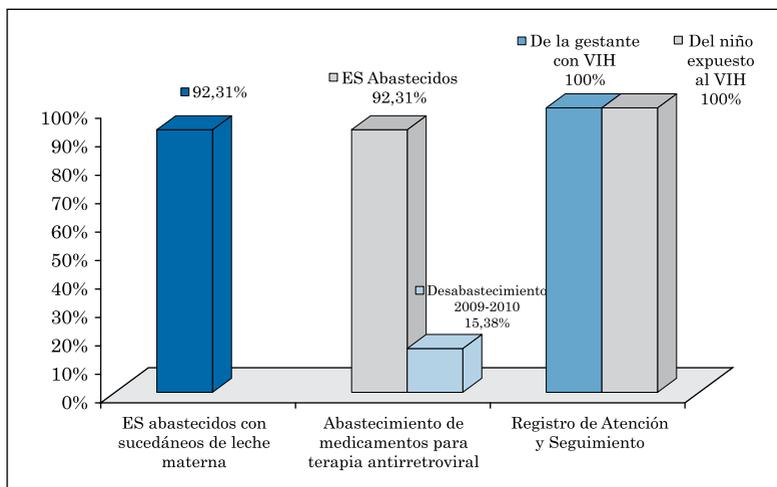
Prevención de la Transmisión Vertical		Sí	%	No	%	Total	%
ES abastecidos con sucedáneos de leche materna		12	92.31	1	7.69	13	100
Abastecimiento de medicamentos	ES abastecidos	12	92.31	1	7.69	13	100
	Desabastecimiento 2009–2010	2	15.38	11	84.62	13	100
Registro de Atención y Seguimiento	De la gestante con VIH	13	100	0	0	13	100
	Del niño expuesto al VIH	13	100	0	0	13	100

---

163 Anexo XIV.

### Gráfico N° 31

## Resultados de la supervisión del servicio de prevención de la transmisión vertical del VIH/ Sida–Niveles de cumplimiento



Fuente: Defensoría del Pueblo.

Conforme se desprende de la tabla y gráficos anteriores, en lo que respecta a los sucedáneos de leche materna que deben ser suministrados a todo recién nacido de madre con VIH, mediante la supervisión se constató que solo 1 de los 13 establecimientos supervisados no contaba con dichos insumos.

De igual manera, se verificó que un establecimiento no se encontraba abastecido con los medicamentos empleados en el tratamiento profiláctico para la prevención de

la transmisión vertical,<sup>164</sup> mientras que dos de ellos habían tenido problemas de desabastecimiento de dichos insumos durante el 2009 y 2010.<sup>165</sup>

Con relación al registro de información sobre atención y seguimiento a la gestante con VIH/Sida, así como del niño expuesto al VIH –a cargo del Equipo de Prevención de la Transmisión Vertical madre–niño y Sífilis de cada establecimiento–, en ambos casos se verificó que el 100% de los establecimientos visitados contaba con ellos.

#### **4.2.5 El Servicio de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (Targa)**

Con el propósito de llevar a cabo la supervisión del servicio de Targa para personas adultas en las zonas de intervención antes indicadas, se visitó a 10 de los 13 establecimientos que brindan dicho servicio.<sup>166</sup> Asimismo, para la supervisión del servicio de Targa para niños, se visitó a 7 establecimientos de salud.<sup>167</sup>

De esta manera se pudo obtener los resultados que se presentan a continuación:

---

164 Éste fue el caso del Hospital “Ernesto Guzmán Gonzales de Pasco”. Sin embargo, cabe precisar que, de acuerdo a lo manifestado por el responsable del servicio, a la fecha de la supervisión no tenían casos de gestantes con VIH.

165 Los establecimientos que reportaron este problema fueron el Hospital de Apoyo “Gustavo Lanata” de Bagua, y el Hospital “Ernesto Guzmán Gonzales de Pasco”. En ambos casos se registró la falta de Lopinavir/Ritonavir, el cual tuvo que ser reemplazado por otro medicamento.

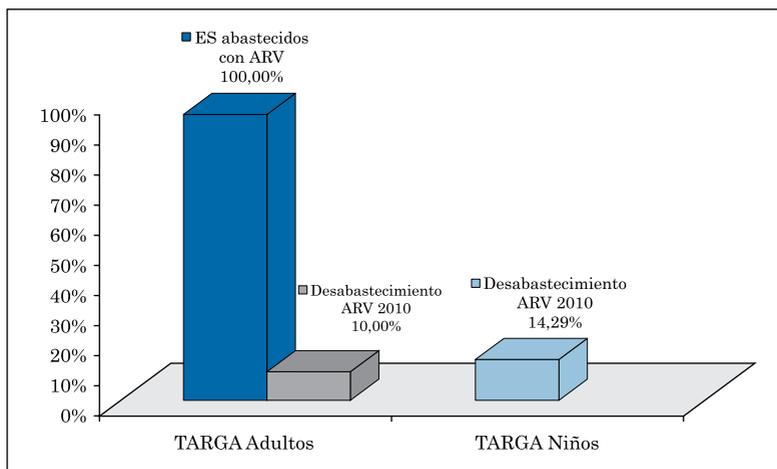
166 Anexo XV.

167 Anexo XVI.

**Tabla N° 42**  
**Resultados de la supervisión del servicio de**  
**Targa Personas adultas, Niños,**  
**Niñas y Adolescentes**

TARGA		Sí	%	No	%	Total	%
Targa Personas adultas	ES Abastecidos ARV	10	100	0	0	10	100
	Desabastecimiento ARV 2010	1	10	9	90	10	100
Targa Niños, Niñas y Adolescentes	Desabastecimiento ARV 2010	1	14.29	6	85.71	7	100

**Gráfico N° 32**  
**Resultados de la supervisión**  
**del servicio de Targa**



Fuente: Defensoría del Pueblo.

Conforme se indicó en el punto 4.1.5 del presente documento, en este caso, la supervisión estuvo dirigida a constatar, principalmente, el abastecimiento de medicamentos empleados en el tratamiento de personas con VIH/Sida.

De este modo se pudo constatar que el 100% de los establecimientos visitados se encontraba abastecido con los medicamentos requeridos para brindar el tratamiento, según los esquemas de las personas a las que se brinda atención.

Asimismo, solo 1 de los 10 establecimientos visitados reportó haber tenido problemas de desabastecimientos durante el 2010.<sup>168</sup>

Cabe resaltar que este resultado dista del obtenido, en este mismo rubro, en la supervisión de establecimientos ubicados en zonas de alta incidencia de VIH y, precisamente, un factor a considerar es la menor demanda de tratamiento de aquellos, respecto a estos últimos.

En el caso del Targa para niños, niñas y adolescentes se pudo verificar que solo uno de los siete establecimientos visitados tuvo problemas de desabastecimiento de antirretrovirales para niños y niñas durante el 2010.<sup>169</sup>

---

168 Éste fue el caso del Hospital de Apoyo “Gustavo Lanata” de Bagua.

169 Éste fue el caso del Hospital “Guillermo Díaz de la Vega” de Apurímac.

Sin perjuicio de ello, conforme se ha señalado en el presente documento,<sup>170</sup> es preciso reiterar que el desabastecimiento de antirretrovirales continúa siendo un problema que requiere especial atención.

---

170 Ver punto 4.2.1.5 del presente documento.

## 5. CONCLUSIONES

### Situación de la epidemia del VIH/Sida en el Perú

1. Si bien se ha incrementado el número de casos de VIH/Sida reportados por el Minsa, no ha habido cambios sustanciales con relación a las vías de transmisión, dentro de las cuales la vía sexual continúa siendo la principal. Así, tampoco se han registrado cambios con relación a la característica de la epidemia en el país, la cual sigue siendo de tipo concentrada, por tener una mayor prevalencia en las poblaciones comprendidas dentro de la categoría Hombres que tienen sexo con hombres (HSH).
2. La población que registra una mayor prevalencia de VIH, de acuerdo a estudios de vigilancia epidemiológica en HSH, sería la población trans (travestis, transgénero y transexual), aunque se requieren evidencias actualizadas de la prevalencia e incidencia del VIH en estas poblaciones. A este respecto, es sumamente importante considerar las limitaciones de la categoría HSH con la finalidad de advertir las distintas características de las identidades que comprende, así como el impacto de la epidemia en ellas, de tal manera que sea posible plantear medidas de prevención y atención, acordes a sus requerimientos.

3. Es preciso tener en cuenta el impacto de la epidemia en determinadas zonas del país, entre las cuales destacan los departamentos de la Costa y la Selva. Es sumamente necesario, además, poner atención al avance de la epidemia en cada uno de ellos, puesto que la epidemia no se distribuye en forma homogénea a lo largo de sus territorios y sus características en el ámbito nacional, y pueden no corresponder, necesariamente, a las que presenta la epidemia en el ámbito regional.
4. Cabe advertir que las acciones en respuesta a la epidemia se han concentrado en las zonas con mayor incidencia de casos, lo cual ha motivado, a su vez, que en los departamentos menos afectados – aquellos que concentran mayor población rural y en situación de pobreza y pobreza extrema–, los niveles de información básica sobre el VIH/Sida en su población sean menores. Ello refuerza su vulnerabilidad frente a la epidemia, así como el estigma y la discriminación asociados al VIH, y reduce el impacto de las intervenciones en materia de prevención.
5. En lo que respecta a la información disponible sobre la epidemia, cabe señalar que los boletines epidemiológicos publicados mensualmente por la Dirección General de Epidemiología del Minsa, a través de su Portal Institucional, no contienen información detallada sobre la situación de la epidemia en el ámbito regional, lo cual dificulta el acceso a dicha información. Asimismo ha sido posible advertir que

las cifras reportadas por las Estrategias Regionales para la Prevención y Control de ITS/VIH y SIDA no coinciden con las reportadas en dichos documentos, lo cual dificulta su seguimiento y evaluación.

## **La respuesta desde el Estado frente a la epidemia del VIH/Sida**

6. El Estado peruano ha desplegado diversos esfuerzos para hacer frente a la epidemia del VIH/Sida, los cuales se han visto reflejados en un mayor nivel de involucramiento de distintas instancias gubernamentales en los últimos años. No obstante, aún continúa siendo un reto lograr una respuesta multi-sectorial basada en políticas nacionales y regionales claras y coherentes.
  
7. Cabe destacar que la implementación del PEM 2001–2011 para la Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA ha sido uno de los objetivos centrales de las acciones desplegadas en respuesta a la epidemia durante los últimos años. Sin embargo, se ha advertido la falta de armonización de los planes y acciones sectoriales con los objetivos estratégicos del PEM, la concentración de acciones sobre VIH en el Sector Salud y la ausencia de espacios para la evaluación periódica de las intervenciones de cada Sector, orientadas a la consecución de dichos objetivos. Asimismo, es sumamente necesaria e importante la evaluación de la implementación del PEM 2007–2011, sobre la base de la cual sea posible la

aprobación oportuna del próximo Plan Estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de las ITS y VIH/Sida para el período 2012–2016.

8. Si bien los esfuerzos realizados para la difusión e implementación del PEM 2007-2011 a escala regional se tradujeron en la aprobación de Planes Estratégicos Regionales Multisectoriales para la prevención y control de las ITS y el VIH/Sida por parte de ocho Gobiernos Regionales, su implementación no resulta sencilla. Ello se debe a la superposición de períodos existente entre el PEM 2007–2011 y los PER aprobados en su mayoría para el período 2010–2015, al presupuesto que ello demanda, así como al cambio de gestión en los Gobiernos Regionales y Locales, lo cual podría suponer un riesgo para la continuidad de dichas acciones.
9. La incorporación de la perspectiva de derechos continúa siendo un tema pendiente y de gran importancia en la respuesta a la epidemia del VIH/Sida. Si no se toman en cuenta aquellos aspectos que actúan como determinantes de la vulnerabilidad frente al VIH/Sida –entre los cuales destacan el estigma y la discriminación–, no será posible garantizar el ejercicio de los derechos de las personas con VIH y de las poblaciones más afectadas por la epidemia, lo cual, a su vez, tendrá repercusión en el avance de la epidemia.
10. El Estado peruano ha emitido un conjunto de normas que constituyen un marco importante para la

defensa de los derechos a la igualdad y a la no discriminación de las personas con VIH/Sida y poblaciones en situación de vulnerabilidad. Asimismo, en los últimos años ha habido una producción normativa importante por parte de los Gobiernos Regionales y Locales en contra de la discriminación. Sin embargo, en ambos casos no se ha obtenido el impacto esperado debido a las limitaciones existentes para su aplicación, cuya atención se debe priorizar. Así, es sumamente importante que la respuesta a la epidemia –desde todos los niveles– incluya entre sus componentes principales el abordaje transversal del estigma y la discriminación, y valore la importancia de la difusión de la información básica sobre el VIH como una estrategia fundamental para su erradicación.

### **La respuesta sanitaria frente a la epidemia del VIH**

11. En lo concerniente a la respuesta sanitaria, cabe señalar que se ha advertido la ausencia de un trabajo intersectorial en la respuesta nacional del VIH/Sida debido a la débil interrelación que existe entre las Estrategias Sanitarias del Minsa, lo cual constituye una gran dificultad para el trabajo coordinado, principalmente en ITS/VIH y SIDA, Tuberculosis, Salud Sexual y Reproductiva, Promoción de la Salud y Salud de los Adolescentes.
12. En lo que atañe a la labor de la Esnitss es preciso señalar que se han superado algunos de los inconve-

nientes relacionados a la regulación de los servicios de salud en VIH/Sida. No obstante, entre los temas pendientes se encuentra aún el referido a la regulación del acceso de los adolescentes a los servicios de salud en materia de VIH, así como la difusión, actualización y revisión periódica de las normas sectoriales y el establecimiento de sanciones para quienes las incumplan.

13. El monitoreo y evaluación (M&E) del impacto de la epidemia de VIH/Sida, así como de las intervenciones sanitarias en materia de VIH/Sida, constituyen acciones que merecen una especial atención, toda vez que el Perú no cuenta aún con un Sistema de M&E que permita la obtención de información sobre la base de la cual sea posible medir el impacto de los avances logrados y replantear las estrategias de intervención propuestas, de ser el caso. Cabe señalar que esta situación comporta una limitación que afecta a todo el sector, a la cual se suma la ausencia de mecanismos de supervisión periódica de los servicios de salud que garantice su adecuada prestación y calidad.

### **El presupuesto en materia de VIH/Sida**

14. En lo que respecta al gasto en VIH/Sida, el análisis de las estructuras del presupuesto para la planificación de la intervención y la asignación eficiente de los recursos disponibles para el control del VIH no es sencillo, debido a que la información sobre

costos y presupuestos se encuentra dispersa y es de difícil obtención.

15. Sobre la base de la información presupuestal disponible ha sido posible advertir el incremento progresivo del gasto en VIH/Sida durante los últimos años, así como observar que aún se continúa privilegiando la inversión en atención y tratamiento, frente a la inversión en prevención. Asimismo, cabe resaltar que, durante el 2009, por primera vez, la principal fuente de financiamiento provino del Gobierno Nacional (50.1% del gasto total), a diferencia de los años anteriores en los que éste correspondió al Fondo Global.
16. Es necesario subrayar la importancia que cobra el incremento del gasto en VIH/Sida proveniente de los Gobiernos Regionales y Locales en los próximos años, a efectos de garantizar la implementación de los documentos aprobados por estos niveles de Gobierno, mediante los cuales se reconoce como prioridad la intervención en materia de VIH/Sida en sus respectivas jurisdicciones.

## **La supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida**

### **El servicio de Consejería en ITS y VIH/Sida**

17. El “Documento Técnico: Consejería en ITS y VIH/SIDA” regula la prestación de este servicio, así como

la realización del procedimiento del consentimiento informado para el diagnóstico del VIH/Sida. Así, respecto a este último plantea la obligatoriedad del diagnóstico de VIH a todas las gestantes, en tanto, de acuerdo a la Ley N° 26626, modificada por la Ley N° 28243, la obligatoriedad de esta prueba solo sería oponible a los casos en los que exista riesgo previsible de contagio o infección, una situación que demanda la revisión del referido Documento Técnico, de tal manera que sea coherente con los dispositivos y leyes emitidas sobre la materia.

18. La prestación del servicio de consejería y diagnóstico en ITS y VIH/Sida en adolescentes es un tema que requiere ser atendido con suma urgencia, en la medida en que hasta ahora no se han implementado mecanismos que aseguren la adecuada atención de este sector de la población en todo establecimiento de salud. Por el contrario, los dispositivos legales vigentes limitan su acceso a los servicios de salud en ITS y VIH/Sida e inciden en la situación de especial vulnerabilidad en que se encuentran.
19. Según los resultados obtenidos en el curso de la supervisión, el 14% de establecimientos de salud supervisados en los 10 departamentos considerados como zonas de intervención en el ***Informe Defensorial N° 143*** no brinda el servicio de consejería en un ambiente que permita establecer una relación de confianza que asegure la comprensión real de la información brindada. Cabe advertir que, de éstos,

el 47% estaba comprendido en las categorías II-1 y III-1 del Sector Salud, las cuales abarcan establecimientos de salud de mayor complejidad que brindan otros servicios dirigidos a personas con VIH/Sida.

20. La supervisión permitió constatar que un porcentaje importante de establecimientos cumple con brindar consejería pre test de VIH y consejería en ITS (98%), en tanto que el 97% cumple con brindar consejería post test.
21. De acuerdo a lo establecido en el “Documento Técnico: Consejería en ITS/VIH y SIDA”, vigente en la actualidad, uno de los objetivos de la consejería pre test de VIH es informar sobre los derechos que tiene el (o la) consultante y la necesidad de firmar el consentimiento informado para realizarse el examen, el cual tiene carácter obligatorio. Sin embargo, mediante la supervisión se pudo verificar que el 5% de establecimientos supervisados no contaba con dicho formato.
22. Es preciso destacar que en el 41% de establecimientos supervisados los responsables del servicio señalaron que la aplicación del Formato de Consentimiento Informado para el diagnóstico de VIH en gestantes “no es indispensable”, debido a que, en su caso, la prueba tendría carácter ‘obligatorio’, de acuerdo a lo establecido en el “Documento Técnico: Consejería en ITS/VIH y SIDA” y en la Norma Técnica de salud para la profilaxis de la transmisión.

23. No obstante que el “Documento Técnico: Consejería en ITS y VIH/sida” no contempla la entrega de folletos en los términos en que lo hacía la Norma Técnica anterior, durante la supervisión realizada se pudo constatar que el 83% de establecimientos visitados sí entregaba dichos materiales. Por el contrario, en lo que respecta a la entrega de condones, fue motivo de especial preocupación constatar que el 41% de establecimientos supervisados no cumplía con entregarlos, debido a una situación de desabastecimiento que afectó tanto a la Estrategia Sanitaria para la Prevención y Control de ITS/VIH y SIDA, como a la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva.

### **Servicio de Atención Médica Periódica (AMP)**

24. La Directiva Sanitaria que regula este servicio comprendió dentro de sus alcances a la población HSH, lo cual es de suma importancia, toda vez que la AMP constituye, ciertamente, la única intervención sanitaria dirigida a las poblaciones en las que se concentra el mayor número de casos de VIH. No obstante, a efectos de lograr que la AMP sea percibida como una estrategia sanitaria efectiva, se debe tener presente la diversidad de la población HSH y las características propias de los grupos comprendidos dentro de esta categoría (gays, travestis, transsexuales, transgénero y bisexuales. Por otro lado, hay que tomar en cuenta las limitaciones advertidas con relación a los Cerits y UAMP, en la medida

en que no se encuentran incorporadas en los flujogramas organizacional y/o estructural de los establecimientos de salud.

25. Cabe señalar que, de acuerdo a la Directiva Sanitaria vigente, este servicio es brindado por medio de los Ceritss, los Cerits y las UAMP, razón por la cual, a efectos de llevar a cabo la supervisión, se realizaron pedidos de información a la Estrategia Sanitaria Nacional para la Prevención y Control de ITS/VIH y SIDA, así como a sus pares regionales, mediante los cuales se pudo advertir diferencias en los listados de los Cerits y las UAMP proporcionados por ambos niveles.
26. Un aspecto que merece especial atención es el relacionado a la gratuidad de la AMP, puesto que, si bien la directiva que regula su prestación la reconoce, a la vez establece que dicha gratuidad “(...) no incluye los costos por apertura de Historia Clínica ni de la tarjeta de atención”, con lo cual no se toma en cuenta que éstos constituyen cobros indebidos y se desconocen las implicancias que ello tiene, así como las recomendaciones defensoriales formuladas al respecto en anteriores oportunidades.
27. De acuerdo a la supervisión realizada a los Cerits y las UAMP ubicados en las zonas de intervención consideradas en el ***Informe Defensorial N° 143***, en el 22% de los establecimientos visitados no se brinda el servicio de diagnóstico de ITS y VIH en

forma gratuita. Mientras tanto, en el caso del tratamiento de ITS, la gratuidad sí se respeta en el 100% de los establecimientos visitados. Asimismo, en el 26% de los establecimientos se verificó la exigencia de otros cobros por emisión de carnet, emisión de constancia, generación de historia clínica y derecho de consulta.

28. Con relación al diagnóstico de ITS y VIH/Sida, en el curso de la supervisión se constató que 4 de los 31 establecimientos supervisados no contaban con kits RPR para el tamizaje de Sífilis, mientras que solo 1 establecimiento no contaba con pruebas rápidas para VIH. No obstante ello, el 19% de los establecimientos informó que se había enfrentado a problemas de desabastecimiento de pruebas rápidas para VIH y el 29% de kits RPR durante los años 2009 y 2010.
29. Al igual que en la supervisión del 2008 fue grato constatar que los Cerits y las UAMP visitados no registraron problemas de desabastecimiento de medicamentos en la fecha de supervisión y no efectuaron cobros por dicho concepto. Asimismo se pudo constatar que en todos los casos se contó con el Registro de Atenciones al que hace referencia la Directiva que regula la prestación de este servicio.

### **El servicio de diagnóstico del VIH/Sida a gestantes**

30. El Minsa ha considerado como una intervención sanitaria prioritaria el tamizaje de VIH y Sífilis en

gestantes, el cual se debe realizar en forma gratuita de acuerdo a lo establecido por la Norma Técnica N° 064–MINSA/DGSP–V.01, “Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre–Niño del VIH y la Sífilis Congénita”. Sin embargo, al ser éste un servicio financiado por el SIS, su gratuidad solo alcanzaría a las gestantes afiliadas a ese sistema, motivo por el cual es necesario garantizar la gratuidad del diagnóstico de VIH y Sífilis a todas las gestantes, independientemente de su condición de afiliada al SIS.

31. Con relación a la consejería previa al diagnóstico del VIH en gestantes, se debe precisar que ésta tiene carácter obligatorio, de acuerdo a Ley, aun en aquellos supuestos establecidos como excepciones a la voluntariedad de la prueba. Asimismo, en lo concerniente al procedimiento de consentimiento informado para el diagnóstico de VIH en gestantes, se debe advertir que existe una contradicción entre lo dispuesto por la Ley N° 26626, de acuerdo a la cual la obligatoriedad de esta prueba solo sería oponible a los casos en los que exista riesgo previsible de contagio o infección, y la Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre–Niño del VIH y la Sífilis Congénita vigente, la cual plantea la obligatoriedad del diagnóstico a todas las gestantes. Esta situación ha sido advertida en distintas oportunidades y requiere ser atendida con el propósito de garantizar la coherencia entre las normas que regulan la atención a gestantes emitidas por el Sec-

tor, así como la coherencia entre éstas y las leyes de la misma materia.

32. De acuerdo a la supervisión de las zonas de intervención consideradas en el ***Informe Defensorial N° 143***, el 92% de los establecimientos supervisados contaba con pruebas rápidas para el tamizaje de VIH en gestantes, mientras que el 84% se encontraba abastecido con kits RPR para el tamizaje de Sífilis. Sin embargo, también se pudo constatar que el 40% de los establecimientos había enfrentado problemas de desabastecimiento de dichos insumos durante los años 2009 y 2010, lo cual afectó el tamizaje a gestantes.
33. En el curso de la supervisión se pudo verificar que el 10% de establecimientos de salud visitados no cuenta con un ambiente adecuado para la prestación del servicio de consejería a gestantes. Asimismo se constató que en el 6% de establecimientos no se brindaba consejería pre test y que en el 12% no se brindaba consejería post test.

### **Servicio de prevención de la transmisión vertical del VIH/Sida**

34. Este servicio se encuentra regulado por la misma norma que regula el diagnóstico de VIH/Sida y Sífilis en gestantes, y supone la atención a la gestante con VIH y/o Sífilis, así como a sus hijos e hijas, el suministro gratuito de antirretrovira-

les y/o medicamentos para el tratamiento de la madre, el niño o niña, así como de sucedáneos de leche materna. Cabe agregar que, por tratarse de un servicio financiado por el SIS, solo alcanzaría a las afiliadas a dicho seguro, razón por la cual es necesario que se dispongan las medidas necesarias para garantizar dicha gratuidad en todos los casos, conforme lo establece la Norma Técnica N° 064-MINSA/DGSP-V.01.

35. Si bien el diagnóstico oportuno del VIH/Sida en gestantes, así como su atención adecuada durante el embarazo, el parto y la lactancia, constituyen una de las mejores estrategias implementadas a efectos de prevenir nuevas infecciones, la erradicación del estigma y la discriminación de los que son víctimas las gestantes con VIH continúa siendo un reto pendiente para lograr que todos los esfuerzos desplegados no caigan en el vacío.
36. En el curso de las visitas de supervisión de los establecimientos de salud ubicados en los 10 departamentos considerados como zonas de intervención en el *Informe Defensorial N° 143* se verificó que el 100% de los establecimientos se encontraba abastecido con sucedáneos de leche materna. El 92% de los establecimientos informó que se les proporciona un total de 76 tarros, como lo establece la norma, y el 100% refirió que el suministro de la leche artificial se realiza en forma gratuita.

37. De acuerdo a la norma que regula este servicio, los medicamentos utilizados para la prevención de la Transmisión Vertical y la Sífilis Congénita son gratuitos y deben estar disponibles para prevenir la transmisión vertical según el escenario que se presente. Los investigadores constataron que solo uno de los establecimientos visitados no disponía de los antirretrovirales requeridos para la terapia antirretroviral triple en la fecha en que se llevó a cabo la supervisión. No obstante, el 24% de los establecimientos visitados informó que había enfrentado problemas de desabastecimiento de medicamentos empleados en la terapia triple a gestantes durante los años 2009 y 2010.
38. Si bien en el curso de la supervisión ha sido posible advertir mayores niveles de cumplimiento de la Norma Técnica que regula los procedimientos establecidos a efectos de prevenir la transmisión vertical del VIH, un tema que causa especial preocupación a la Defensoría del Pueblo es el cúmulo de reiteradas denuncias de hechos discriminatorios hacia gestantes con VIH. Es inadmisibles que trabajadores de la salud sean frecuentemente identificados como los autores de tales actos. Lo más grave es que su comportamiento puede determinar la transmisión del VIH al niño o niña que está por nacer, ante lo cual todo esfuerzo destinado a prevenir una nueva infección se habrá realizado en vano.

## **El servicio de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (Targa)**

39. En el caso de personas adultas, este servicio se encuentra regulado por la “Norma Técnica para el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (Targa) en Adultos infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana”, la cual tiene como objetivo implementar el Targa como parte de la atención integral de la persona infectada con VIH/Sida. Asimismo, la Directiva N° 020–2003–MINSA/DGSP–DEAIS–V.01, “Sistema de Atención para el Tratamiento Antirretroviral en los niños infectados por el VIH” regula la prestación de este servicio en niños y niñas. Asimismo se aplica en la atención a adolescentes ante la falta de un dispositivo legal que regule el tratamiento de personas con VIH/Sida en la etapa de adolescencia. La Defensoría del Pueblo ha mostrado su especial preocupación respecto de esta delicada situación.
40. El Targa es reconocido como una de las intervenciones sanitarias más efectivas, y ciertamente lo es. Sin embargo, la prestación de este servicio se ve afectada por problemas de diversa naturaleza que afectan, principalmente, el abastecimiento permanente de los medicamentos empleados. Esta situación se debe a limitaciones relacionadas a aspectos normativos, presupuestales y de gestión que afectan las compras centrales e institucionales de los medicamentos antirretrovirales, a las cuales se suman las particu-

laridades propias de la atención de la infección por VIH. En consecuencia, es de suma importancia que se aborde esta problemática de manera integral, con vistas a poder plantear alternativas de solución definitivas que garanticen el acceso de las personas con VIH a tratamiento y medicamentos, de modo tal que puedan tener una vida digna.

41. En el curso de la supervisión realizada a los establecimientos de salud que brindan Targa en las zonas de intervención consideradas en el ***Informe Defensorial N° 143*** se pudo constatar que el 100% de los establecimientos disponía de los medicamentos requeridos para brindar el tratamiento a personas adultas, según los esquemas de las personas a las que brindan atención. No obstante, el 44% indicó que tuvo problemas de desabastecimiento durante el 2010 y, en el caso del Targa para niños, niñas y adolescentes, el 28% de los establecimientos supervisados informó que había afrontado una problemática similar.

**Los servicios de prevención, atención y tratamiento en las zonas de intervención no comprendidas en el *Informe Defensorial N° 143***

42. La supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida correspondiente al año 2010 se llevó a cabo en 17 departamentos del país, 10 de los cuales fueron considerados en el ***Informe Defensorial N° 143*** (Áncash, Arequipa,

Ica, La Libertad, Lambayeque, Lima, Loreto, Piura, Tacna y Tumbes), debido a que corresponden a las zonas con mayor incidencia de casos de VIH/sida. Los siete departamentos restantes (Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Junín, Madre de Dios y Pasco) no comparten dicha característica. No obstante, en el presente informe se da cuenta de los resultados obtenidos en las 17 zonas de intervención, distinguiendo a aquellos que corresponden a los departamentos comprendidos en el ***Informe Defensorial N° 143*** de los que no fueron considerados en dicho documento.

43. En el curso de la supervisión de los establecimientos que brindan el servicio de AMP, llama la atención que en el 40% de los establecimientos visitados no se brinde el servicio de diagnóstico de ITS y VIH en forma gratuita. Asimismo, en 6 de los 15 establecimientos visitados se realizaban cobros por otros conceptos, cuyo monto fluctuaba entre S/. 2.50 y S/. 10.00 por generación de historia clínica y derecho de consulta. De igual manera se pudo advertir que el 33% de los establecimientos visitados tuvo problemas de desabastecimiento de pruebas rápidas y el 40% de kits RPR durante el 2010.
44. Respecto al servicio de diagnóstico a gestantes fue posible constatar que el 40% de los establecimientos había enfrentado problemas de desabastecimiento de dichos insumos durante los años 2009 y 2010. Si-

milares porcentajes se registraron en la supervisión de servicio en las zonas de mayor incidencia.

45. Los resultados obtenidos en los departamentos de Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Junín, Madre de Dios y Pasco permiten apreciar un mayor nivel de cumplimiento de los procedimientos establecidos para la prestación de los servicios de Consejería, AMP, Diagnóstico de VIH en gestantes, Profilaxis para la prevención de la Transmisión Vertical y Targa, los cuales responden, precisamente, al menor nivel de demanda de aquellos al no ser zonas de alta incidencia. Al margen de ello, es sumamente importante que se refuercen las intervenciones preventivas con el propósito de detener el avance de la epidemia y evitar que lleguen a niveles de incidencia en VIH como los que reportan en la actualidad los departamentos de la Costa y la Selva.

## 6. RECOMENDACIONES

### Al Ministerio de Salud

1. **PROMOVER** el trabajo coordinado entre la Estrategia Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH y SIDA y las demás instancias del Sector Salud a través de espacios intersectoriales –principalmente con la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva– con la finalidad de garantizar una intervención sanitaria integral en respuesta a la epidemia del VIH.
2. **ADOPTAR** las medidas necesarias para la evaluación del PEM 2007–2011 para la Prevención y Control de ITS/VIH y SIDA, con vistas a garantizar la oportuna aprobación del próximo Plan Estratégico Multisectorial en VIH/Sida, así como la implementación de los Planes Estratégicos Regionales aprobados hasta el momento.
3. **DISPONER** las medidas necesarias para la implementación de un Sistema de Evaluación y Monitoreo que permita medir el impacto de las intervenciones sanitarias en materia de VIH y SIDA.
4. **FORTALECER** los mecanismos de vigilancia y notificación de casos de VIH/Sida en el ámbito nacional, de tal manera que no existan contradicciones en la información a cargo de las Estrategias Sanitarias Regionales y la Estrategia Sanitaria Nacional de ITS y VIH/Sida.

5. **ACTUALIZAR** los registros de establecimientos que brindan los servicios de prevención, atención y tratamiento de VIH/Sida, a cargo de la Estrategia Sanitaria Nacional para la Prevención y Control de ITS y VIH/Sida.
6. **DISPONER** la revisión de los dispositivos legales que regulan los servicios de Consejería en ITS/VIH y SIDA, así como de Profilaxis para la Prevención de la Transmisión Vertical, de tal manera que sean coherentes con las leyes vigentes y las normas emitidas por el Sector, en lo que respecta a la realización de la prueba para el diagnóstico de VIH en gestantes.
7. **MODIFICAR** la Directiva Sanitaria N° 030–MINSA/DGSP–V.01, aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 650–2009/MINSA, en el extremo que establece que la gratuidad del servicio de AMP “(...) *no incluye los costos por apertura de Historia Clínica ni de la tarjeta de atención*”, de tal manera que dicha disposición sea excluida.
8. **RECORDAR** a las Diresa ubicadas en el territorio nacional, por medio de la Dirección General de Salud de las Personas, el contenido del Oficio Circular N° 018–2010–SG/MINSA y el Oficio Circular N° 262–2011–DVM/MINSA, sobre la no exigencia de pagos por carné o tarjeta de atención y por historia clínica.
9. **DISPONER** las medidas necesarias con la finalidad de garantizar la gratuidad de los servicios de

diagnóstico a gestantes y profilaxis para la prevención de la transmisión vertical a todas las usuarias, independientemente de la fuente de financiamiento de aquellos, de tal manera que dicha gratuidad no alcance únicamente a las afiliadas al SIS.

**10. ADOPTAR** las medidas pertinentes con el propósito de abordar la problemática de desabastecimiento de antirretrovirales de manera integral, de forma tal que sea posible plantear alternativas de solución definitivas que garanticen el acceso de las personas con VIH a tratamiento y a medicamentos.

**11. FORTALECER** las intervenciones sanitarias en materia de prevención en las zonas de menor incidencia de casos de VIH, con vistas a reducir la tasa de nuevas infecciones por VIH en dichas zonas.

**12. REITERAR** las recomendaciones formuladas en el *Informe Defensorial N° 143* respecto a:

- **IMPULSAR** una coherente regulación en materia de acceso a los servicios de salud en VIH/Sida para los (y las) adolescentes, así como promover las acciones necesarias que aseguren su efectiva atención integral.
- **REGULAR** la prestación del servicio del Targa para los (y las) adolescentes, mediante protocolos y procedimientos acordes con las características de este grupo poblacional y con los factores que elevan su riesgo y vulnerabilidad frente a la epidemia.

## A los Gobiernos Regionales

1. **DISPONER**, a través de las Diresa, la publicación periódica de los reportes epidemiológicos regionales de VIH/Sida en su Portal Institucional, así como promover la difusión de dicha información y sus implicancias.
2. **ESTABLECER** un mecanismo de evaluación periódica de la implementación del Plan Estratégico Regional para la Prevención y Control de ITS/VIH y SIDA, en caso de que ya cuenten con él. En caso contrario, **DISPONER** la elaboración y aprobación de dicho plan, en concordancia con las políticas nacionales y regionales, considerando las características regionales de la epidemia.
3. **CONSIDERAR**, dentro de sus procesos de formulación presupuestal y programación anual, los recursos necesarios para la implementación del Plan Estratégico Regional para la Prevención y Control de ITS/VIH y SIDA aprobado, de ser el caso.
4. **IMPLEMENTAR** mecanismos para la adecuada atención de quejas por actos discriminatorios en contra de personas con VIH o grupos en situación de vulnerabilidad en los establecimientos de salud, así como para garantizar su investigación y la correspondiente sanción a quienes resultasen responsables de tales hechos. Se debe advertir que, además de las sanciones administrativas a las que pudiera

haber lugar, la discriminación se encuentra tipificada como delito en el artículo 323° del Código Penal.

5. **RECORDAR** a los establecimientos de salud de su jurisdicción que la consejería pre test de VIH tiene carácter obligatorio, aun en los casos establecidos como excepción a la voluntariedad del diagnóstico, e **INSTAR** a dichos establecimientos a cumplir con su realización en condiciones que garanticen la privacidad y confidencialidad que el servicio requiere.
6. **DISPONER** el cumplimiento de lo dispuesto en el Oficio Circular N° 018–2010–SG/MINSA y el Oficio Circular N° 262–2011–DVM/MINSA por parte de los establecimientos de salud de su jurisdicción, de tal manera que no se exijan pagos por carné o tarjeta de atención y por historia clínica.
7. **DISPONER** las medidas necesarias, a través de las Diresa, para garantizar el abastecimiento permanente de los insumos empleados en el diagnóstico de ITS y VIH/Sida, en los servicios de diagnóstico a gestantes y AMP.
8. **REITERAR** las recomendaciones formuladas en el **Informe Defensorial N° 143** respecto a:
  - **INSTAR** a los Gobiernos Regionales a asumir un rol protagónico en la respuesta multisectorial regional frente a la epidemia del VIH/Sida y promover intervenciones acordes con las caracterís-

ticas propias de la epidemia en cada una de sus jurisdicciones.

- **DISPONER**, a través de las Diresa, la difusión de los alcances de:
  - Las normas y directivas que regulan la prestación de los servicios de consejería en ITS y VIH/Sida, AMP, diagnóstico de VIH/Sida en gestantes, terapia antirretroviral para la prevención de la transmisión vertical, así como del Targa en personas adultas, niños, niñas y adolescentes, en forma *gratuita*.
  - La Resolución Ministerial N° 939–2004/ MINSA respecto al expendio del paquete mínimo de exámenes complementarios para el inicio del Targa, cuyo costo no debe exceder el monto de S/. 20.00.
- **IMPLEMENTAR** procedimientos de inspección y supervisión aleatoria y permanente respecto a la gratuidad de dichos servicios, y asegurar la efectiva aplicación de las sanciones correspondientes sobre la base del respectivo procedimiento administrativo disciplinario. Se debe advertir que la indebida exigencia pecuniaria realizada por un funcionario o servidor público, en ejercicio abusivo de su cargo, podría configurar la comisión de un delito de cobro indebido, tipificado en el artículo 383° del Código Penal.
- **CAPACITAR** y sensibilizar al personal que labora en los establecimientos de salud –independientemente de las labores que cumplan– por medio de campañas informativas, realización

de eventos, suscripción de convenios interinstitucionales para el fortalecimiento de capacidades, etc., sobre el VIH/Sida, la diversidad sexual y los derechos humanos, con el propósito de erradicar el estigma y la discriminación asociados al VIH/Sida, y promover una cultura de buena atención en salud.



# ANEXOS

## ANEXO I: Índice de Tablas

N° de Tabla	Nombre de la Tabla	Página
1	Número de casos sobre VIH/Sida 2009-2010	29
2	Número de quejas sobre VIH/Sida según hechos vulneratorios	30
3	Servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida y dispositivos legales que los regulan	32
4	Servicios de prevención y tratamiento del VIH/Sida y establecimientos de salud del Minsa que los brindan	34
5	Número de establecimientos de salud supervisados en el 2010 según departamento	36
6	Número de establecimientos de salud supervisados según categoría	37
7	Número de establecimientos de salud supervisados según servicio	38
8	Gasto en VIH por Categoría de Gasto 2008–2009 en nuevos soles	68
9	Número de atenciones registradas por los establecimientos del Minsa a escala nacional: Consejería en ITS y VIH/Sida	82
10	Número de atenciones registradas por los establecimientos del Minsa en el ámbito nacional: AMP	94
11	Número de atenciones registradas por los establecimientos del Minsa en el ámbito nacional: Diagnóstico de ITS y VIH/Sida en gestantes	99
12	Número de atenciones registradas por los establecimientos del Minsa en el ámbito nacional: Profilaxis para la prevención de la Transmisión Vertical	106
13	Número de atenciones registradas por los establecimientos del Minsa en el ámbito nacional: Tratamiento Antirretroviral	113
14	Establecimientos de salud que brindan el servicio de consejería en un ambiente que asegure su confidencialidad	117
15	Establecimientos de salud que brindan el servicio de consejería pre y post test de VIH y consejería en ITS	119
16	Establecimientos de salud que cuentan con formato de consentimiento informado para la prueba de despistaje de VIH con firma de consejero o consejera	122
17	Establecimientos de salud que entregan condones y folletos sobre ITS y VIH/Sida	125
18	Número de Cerits y UAMP en zonas de intervención consideradas en el <b>Informe Defensorial N° 143</b>	131
19	Cerits y UAMP que brindan el servicio de AMP en forma gratuita	133

*Defensoría del Pueblo*

20	Cerits y UAMP que realizan cobros por otros conceptos	136
21	Cerits y UAMP abastecidos con kits RPR y pruebas rápidas para VIH	138
22	Cerits y UAMP que presentaron problemas de desabastecimiento de insumos para diagnóstico de ITS y VIH/Sida	139
23	Cerits y UAMP que tuvieron problemas de desabastecimiento de medicamentos para tratamiento de ITS	141
24	Cerits y UAMP que cuentan con registro de atenciones	143
25	Establecimientos de salud abastecidos con pruebas rápidas para VIH y kits RPR	145
26	Establecimientos de salud que tuvieron problemas de desabastecimiento de pruebas rápidas para VIH y kits RPR	146
27	Establecimientos de salud que cuentan con un ambiente adecuado para la consejería	150
28	Establecimientos de salud que brindan consejería pre y post test de VIH	151
29	Establecimientos de salud abastecidos con sucedáneos de leche materna	155
30	Establecimientos de salud abastecidos con medicamentos para la terapia antirretroviral para la prevención de la Transmisión Vertical del VIH	157
31	Establecimientos de salud que tuvieron problemas de desabastecimiento de medicamentos para la terapia antirretroviral para la prevención de la Transmisión Vertical del VIH	159
32	Establecimientos de salud que cuentan con un registro de atención y seguimiento a la gestante con VIH y registro de atención y seguimiento del niño expuesto al VIH	161
33	Establecimientos de salud que cuentan con el formato de consentimiento informado para el inicio del Targa	164
34	Establecimientos de salud abastecidos con antirretrovirales para el Targa	166
35	Establecimientos de salud que tuvieron problemas de desabastecimiento de antirretrovirales durante el 2010 – Targa Personas Adultas	167
36	Establecimientos de salud que tuvieron problemas de desabastecimiento de antirretrovirales durante el 2010 – Targa Niños, Niñas y Adolescentes	171
37	Resultados de la supervisión del servicio de Consejería en ITS y VIH/Sida	174
38	Número de Cerits y UAMP en zonas de intervención no consideradas en el <b><i>Informe Defensorial N° 143</i></b>	178
39	Resultados de la supervisión del servicio de AMP	179
40	Resultados de la supervisión del servicio de Diagnóstico a gestantes	183
41	Resultados de la supervisión del servicio de prevención de la transmisión vertical del VIH/Sida	185
42	Resultados de la supervisión del servicio de Targa Personas adultas, Niños, Niñas y Adolescentes	188

## **ANEXO II: Índice de Gráficos**

<b>Nº de Gráfico</b>	<b>Nombre del Gráfico</b>	<b>Página</b>
1	Casos de SIDA según año de diagnóstico Perú 1983–2010	42
2	Casos de SIDA: Distribución por edad y sexo	45
3	SIDA: Casos acumulados 1983-2010	46
4	Fuentes de Financiamiento 2008	69
5	Fuentes de Financiamiento 2009	70
6	Establecimientos de salud que brindan el servicio de consejería en un ambiente que asegure su confidencialidad	117
7	Establecimientos de salud que brindan el servicio de consejería pre y post test de VIH y consejería en ITS	120
8	Establecimientos de salud que cuentan con formato de consentimiento informado para la prueba de despistaje de VIH con firma de consejero o consejera	122
9	Establecimientos de salud que entregan condones y folletos sobre ITS y VIH/Sida	125
10	Cerits y UAMP que brindan el servicio de AMP en forma gratuita	134
11	Cerits y UAMP que realizan cobros por otros conceptos	136
12	Cerits y UAMP abastecidos con kits RPR y pruebas rápidas para VIH	138
13	Cerits y UAMP que presentaron problemas de desabastecimiento de insumos para diagnóstico de ITS y VIH/Sida	140
14	Cerits y UAMP que tuvieron problemas de desabastecimiento de medicamentos para tratamiento de ITS	142
15	Cerits y UAMP que cuentan con registro de atenciones	143
16	Establecimientos de salud abastecidos con pruebas rápidas para VIH y kits RPR	145
17	Establecimientos de salud que tuvieron problemas de desabastecimiento de pruebas rápidas para VIH y kits RPR	147
18	Establecimientos de salud que cuentan con un ambiente adecuado para la consejería	150
19	Establecimientos de salud que brindan consejería pre y post test	151
20	Establecimientos de salud abastecidos con sucedáneos de leche materna	155
21	Establecimientos de salud abastecidos con medicamentos para la terapia antirretroviral para la prevención de la transmisión vertical del VIH	158

*Defensoría del Pueblo*

22	Establecimientos de salud que tuvieron problemas de desabastecimiento de medicamentos para la terapia antirretroviral para la prevención de la transmisión vertical del VIH	159
23	Establecimientos de salud que cuentan con un registro de atención y seguimiento a la gestante con VIH y registro de atención y seguimiento del niño expuesto al VIH	162
24	Establecimientos de salud que cuentan con el formato de consentimiento informado para el inicio del Targa	165
25	Establecimientos de salud abastecidos con antirretrovirales para el Targa	167
26	Establecimientos de salud que tuvieron problemas de desabastecimiento de antirretrovirales durante el 2010 – Targa Personas Adultas	168
27	Establecimientos de salud que tuvieron problemas de desabastecimiento de antirretrovirales durante el 2010 – Targa Niños, Niñas y Adolescentes	171
28	Resultados de la supervisión del servicio de Consejería en ITS y VIH – Niveles de cumplimiento	175
29	Resultados de la supervisión del servicio de AMP – Niveles de cumplimiento	180
30	Resultados de la supervisión del servicio de Diagnóstico a gestantes– Niveles de cumplimiento	183
31	Resultados de la supervisión del servicio de prevención de la transmisión vertical del VIH/Sida– Niveles de cumplimiento	186
32	Resultados de la supervisión del servicio de Targa	188

### ANEXO III

## Relación de establecimientos de salud supervisados en las zonas de intervención comprendidas en el *Informe N° 143*

Departamento	Establecimiento de Salud	Nivel
<b>Áncash (9)</b>	Hospital “La Caleta”	Hospital II
	P.S. “Magdalena Nueva”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “Miraflores Alto”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Yugoslavia”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Santa”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Coischo”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Progreso”	Centro de Salud I-4
	Hospital “Victor Ramos Guardia - Huaraz”	Hospital II
Hospital “Pomabamba”	Hospital I	
<b>Arequipa (7)</b>	Hospital “Goyeneche”	Hospital III
	Hospital “Aplao”	Hospital I
	C.S. “La Joya”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Cotahuasi”	Centro de Salud I-4
	Hospital “Honorio Delgado”	Hospital III
	Hospital “De Camaná”	Hospital I
	C.S. “Maritza Campos Díaz”	Centro de Salud I-4
<b>Ica (17)</b>	Hospital Regional de “Ica”	Hospital II
	Hospital “San José de Chincha”	Hospital I
	Hospital “San Juan de Dios”	Hospital I
	Hospital de Apoyo de “Nazca”	Hospital I
	C.S. “Paracas”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Vista Alegre”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Marcona”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Alto Larán”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Sunampe”	Centro de Salud I-3
	C.S. “La Palma Grande”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Los Aquijes”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Los Molinos”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Pueblo Nuevo”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Ocucaje”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Tambo de Mora”	Centro de Salud I-3
C.S. “Parcona”	Centro de Salud I-3	
C.S. “Santiago”	Centro de Salud I-3	

*Defensoría del Pueblo*

<b>La Libertad (8)</b>	Hospital Regional Docente de “Trujillo”	Hospital III
	Hospital “Belén” de Trujillo	Hospital III
	Hospital de Apoyo “Chepén”	Hospital I
	C.S. Materno “Pacasmayo”	Centro de Salud I-4
	Hospital “Santa Isabel”	Hospital I
	Hospital “El Esfuerzo”	Hospital I
	C.S. “Wichanzao”	Centro de Salud I-4
	P.S. “San Martín de Porres”	Puesto de Salud I-3
<b>Lambayeque (18)</b>	Hospital Regional Docente “Las Mercedes”	Hospital III
	Hospital Provincial Docente “Belén” de Lambayeque	Hospital I
	C.S. “José Olaya”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Ferrenáfe”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Atusparias”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Fernando Carbajal Segura - El Bosque”	Centro de Salud I-4
	C.S. “José Leonardo Ortiz”	Centro de Salud I-4
	P.S. “Manuel Sánchez Villegas”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “La Victoria Sector II - María Jesús”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Santa Rosa”	Centro de Salud I-3
	CLAS Virgen de la Candelaria - Pueblo Nuevo	Centro de Salud I-3
	C.S. “San Antonio”	Centro de Salud I-3
	P.S. “Cruz de la Esperanza”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “Reque”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Cerropon”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Pimentel”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Toribia Castro”	Centro de Salud I-4
	C.S. “José Quiñónez”	Centro de Salud I-3

*Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/Sida*

<b>Lima (39)</b>	<b>Lima (32)</b>	Hospital Nacional Docente “Madre Niño San Bartolomé”	Hospital III
		Hospital Nacional “Dos de Mayo”	Hospital III
		Instituto Nacional Materno Perinatal	Instituto Especializado III-2
		Cerits “Raúl Patrucco Puig”	Centro de Salud I-3
		C.S. “Conde de la Vega”	Centro de Salud I-3
		C.S. “El Porvenir”	Centro de Salud I-4
		C.S. “San Sebastián”	Centro de Salud I-3
		C.S. “Surquillo”	Centro de Salud I-4
		Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”	Hospital III
		Hospital de “Barranca”	Hospital II
		Hospital “Chancay”	Hospital II
		Hospital de Apoyo “San Juan Bautista” de Huaral	Hospital II
		Hospital Nacional “Hipólito Unanue”	Hospital III
		C.S. “El Éxito”	Centro de Salud I-3
		C.S. “Madre Teresa Calcuta”	Centro de Salud I-3
		C.S. “Piedra Liza”	Centro de Salud I-4
		C.S. “Micaela Bastidas”	Centro de Salud I-3
		C. S. “Mala”	Centro de Salud I-3
		Hospital de Apoyo “María Auxiliadora”	Hospital III
		C.S. “San Vicente”	Centro de Salud I-3
		Hospital “Rezola”	Hospital II
		C.S. “Chilca”	Centro de Salud I-3
		C.S. “El Progreso”	Centro de Salud I-4
		Hospital Nacional “Cayetano Heredia”	Hospital III
		Hospital Nacional “Sergio E. Bernales”	Hospital III
		C.S. “Socorro”	Centro de Salud I-3
		C.S. “Ancón”	Centro de Salud I-4
		P.S. “Virgen de las Mercedes”	Puesto de Salud I-2
		C.S. “Huaura”	Centro de Salud I-3
		Hospital Regional de “Huacho”	Hospital II
		C. S. “Tahuantinsuyo Bajo”	Centro de Salud I-4
		Hospital Puente Piedra “Carlos Lanfranco La Hoz”	Hospital II
	<b>Callao (7)</b>	Hospital Nacional “Daniel A. Carrión”	Hospital III
C.S. “Alberto Bartón”		Centro de Salud I-3	
Hospital “De Ventanilla”		Hospital I	
Hospital Apoyo “San José”		Hospital II	
C.S. “La Perla”		Puesto de Salud I-2	
C.S. “Alta Mar”		Centro de Salud I-3	
C.S. “Santa Fe”	Centro de Salud I-3		

*Defensoría del Pueblo*

<b>Loreto (15)</b>	Hospital Regional de Loreto	Hospital III
	Hospital de Apoyo de Iquitos “César Garayar García”	Hospital II
	C.S. “San Juan de Miraflores”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Bellavista Nanay”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Santa Clotilde”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Islandia del Yavari”	Centro de Salud I-3
	C.S. “San Antonio de Iquitos”	Centro de Salud I-3
	P.S. “Santa Rosa de Ramón Castilla”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “Caballococha”	Centro de Salud I-4
	P.S. “Cabo Pantoja de Torres Causana”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “Túpac Amaru de Iquitos”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Tamshiyacu”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Moronacocha”	Centro de Salud I-4
	P.S. “Angoteros”	Puesto de Salud I-2
C.S. “Intuto”	Centro de Salud I-3	
<b>Piura (9)</b>	Hospital de Apoyo “III-Sullana”	Hospital II
	Hospital “Santa Rosa”	Hospital I
	C.S. “II San José”	Centro de Salud I-3
	P.S. “El Alto”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “Las Lomas”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Lancones”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Bellavista”	Centro de Salud I-4
	Hospital “Las Mercedes” de Paita	Hospital I
C.S. “9 de Octubre”	Centro de Salud I-3	
<b>Tacna (11)</b>	Hospital De Apoyo Departamental “Hipólito Unanue”	Hospital II
	C.S. “Ciudad Nueva”	Centro de Salud I-4
	C.S. “La Natividad”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Locumba”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Augusto B. Leguía”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Candarave”	Centro de Salud I-3
	C.S. “28 de Agosto”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Tarata”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Ilabaya”	Centro de Salud I-3
	C.S. “San Francisco”	Centro de Salud I-4
C.S. “La Esperanza”	Centro de Salud I-3	
<b>Tumbes (7)</b>	Hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría”	Hospital I
	C.S. “Pampa Grande”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Cañaverl”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Cancas”	Centro de Salud I-3
	P.S. “La Curva”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “Corrales”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Aguas Verdes”	Centro de Salud I-3

## ANEXO IV

### Establecimientos de salud supervisados en las zonas de intervención comprendidas en el Informe N° 143: Consejería en ITS y VIH/Sida

Departamento	Establecimiento de Salud	Nivel
Áncash (9)	Hospital "La Caleta"	Hospital II
	P.S. "Magdalena Nueva"	Puesto de Salud I-2
	C.S. "Miraflores Alto"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Yugoslavia"	Centro de Salud I-4
	C.S. "Santa"	Centro de Salud I-4
	C.S. "Coischo"	Centro de Salud I-4
	C.S. "Progreso"	Centro de Salud I-4
	Hospital "Victor Ramos Guardia" de Huaraz	Hospital II
Hospital "Pomabamba"	Hospital I	
Arequipa (7)	Hospital "Goyeneche"	Hospital III
	Hospital "Aplao"	Hospital I
	C.S. "La Joya"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Cotahuasi"	Centro de Salud I-4
	Hospital "Honorio Delgado"	Hospital III
	Hospital de "Camaná"	Hospital I
C.S. "Maritza Campos Díaz"	Centro de salud I-4	
Ica (17)	Hospital Regional de "Ica"	Hospital II
	Hospital "San José de Chíncha"	Hospital I
	Hospital "San Juan de Dios"	Hospital I
	Hospital de Apoyo de "Nazca"	Hospital I
	C.S. "Paracas"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Vista Alegre"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Marcona"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Alto Larán"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Sunampe"	Centro de Salud I-3
	C.S. "La Palma Grande"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Los Aquijes"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Los Molinos"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Pueblo Nuevo"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Ocucaje"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Tambo de Mora"	Centro de Salud I-3
C.S. "Parcona"	Centro de Salud I-3	
C.S. "Santiago"	Centro de Salud I-3	

*Defensoría del Pueblo*

<b>La Libertad (8)</b>	Hospital Regional Docente de “Trujillo”	Hospital III
	Hospital “Belén” de Trujillo	Hospital III
	Hospital de Apoyo de “Chepén”	Hospital I
	C.S. “Materno Pacasmayo”	Centro de Salud I-4
	Hospital “Santa Isabel”	Hospital I
	Hospital “El Esfuerzo”	Hospital I
	C.S. “Wichanzao”	Centro de Salud I-4
	C.S. “San Martín de Porres”	Centro de Salud I-3
<b>Lambayeque (18)</b>	Hospital Regional Docente “Las Mercedes”	Hospital III
	Hospital Provincial Docente “Belén” de Lambayeque	Hospital I
	C.S. “Centro de Salud José Olaya”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Ferreñafe”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Atusparias”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Fernando Carbajal Segura - El Bosque”	Centro de Salud I-4
	C.S. “José Leonardo Ortiz”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Manuel Sánchez Villegas”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “La Victoria Sector II - María Jesús”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Santa Rosa”	Centro de Salud I-3
	CLAS Virgen de la Candelaria - Pueblo Nuevo	Centro de Salud I-3
	C.S. “San Antonio”	Centro de Salud I-3
	P.S. “Cruz de la Esperanza”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “Reque”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Cerropon”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Pimentel”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Toribia Castro”	Centro de Salud I-4
	C.S. “José Quiñónez”	Centro de Salud I-3

*Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/Sida*

<b>Lima (38)</b>	<b>Lima (31)</b>	Hospital Nacional Docente “Madre Niño San Bartolomé”	Hospital III
		Hospital Nacional “Dos de Mayo”	Hospital III
		Instituto Nacional Materno Perinatal	Instituto Especializado III-2
		Cerits “Raúl Patrucco Puig”	Centro de Salud I-3
		C.S. “Conde de la Vega Baja”	Centro de Salud I-3
		C.S. “El Porvenir”	Centro de Salud I-4
		C.S. “San Sebastián”	Centro de Salud I-3
		C.S. “Surquillo”	Centro de Salud I-4
		Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”	Hospital III
		Hospital Nacional “Hipólito Unanue”	Hospital III
		C.S. “El Éxito”	Centro de Salud I-3
		C.S. “Madre Teresa Calcuta”	Centro de Salud I-3
		C.S. “Piedra Liza”	Centro de Salud I-4
		C.S. “Micaela Bastidas”	Centro de Salud I-3
		C.S. “El Progreso”	Centro de Salud I-4
		Hospital Nacional “Cayetano Heredia”	Hospital III
		Hospital Nacional “Sergio E. Bernales”	Hospital III
		C.S. “Socorro”	Centro de Salud I-3
		C.S. “Ancón”	Centro de Salud I-4
		P.S. “Virgen de las Mercedes”	Puesto de Salud I-2
		C.S. “Huaura”	Centro de Salud I-3
		Hospital Regional de “Huacho”	Hospital II
		C. S. “Tahuantinsuyo Bajo”	Centro de Salud I-4
		Hospital de Puente Piedra “Carlos Lanfranco La Hoz”	Hospital II
		C. S. “Mala”	Centro de Salud I-3
		Hospital de Apoyo “María Auxiliadora”	Hospital III
		Hospital “Rezola”	Hospital II
		Hospital de “Barranca”	Hospital II
		Hospital “Chancay”	Hospital II
		Hospital de Apoyo “San Juan Bautista” de Huaral	Hospital II
		C.S. “Chilca”	Centro de Salud I-3
	<b>Callao (7)</b>	Hospital Nacional “Daniel A. Carrión”	Hospital III
		C.S. “Alberto Bartón”	Centro de Salud I-3
		Hospital de “Ventanilla”	Hospital I
		Hospital de Apoyo “San José”	Hospital II
		C.S. “La Perla”	Puesto de Salud I-2
		C.S. “Alta Mar”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Santa Fe”	Centro de Salud I-3	

*Defensoría del Pueblo*

<b>Loreto (13)</b>	Hospital Regional de "Loreto"	Hospital III
	Hospital de Apoyo de Iquitos "César Garayar García"	Hospital II
	C.S. "San Juan de Miraflores"	Centro de Salud I-4
	C.S. "Bellavista Nanay"	Centro de Salud I-4
	C.S. "Santa Clotilde"	Centro de Salud I-4
	C.S. "Islandia del Yavarí"	Centro de Salud I-3
	C.S. "San Antonio de Iquitos"	Centro de Salud I-3
	P.S. "Santa Rosa de Ramón Castilla"	Puesto de Salud I-2
	P.S. "Cabo Pantoja de Torres Causana"	Puesto de Salud I-2
	C.S. "Túpac Amaru de Iquitos"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Tamshiyacu"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Moronacocha"	Centro de Salud I-4
C.S. "Intuto"	Centro de Salud I-3	
<b>Piura (9)</b>	Hospital de Apoyo "III-Sullana"	Hospital II
	Hospital "Santa Rosa"	Hospital I
	C.S. "II San José"	Centro de Salud I-3
	P.S. "El Alto"	Puesto de Salud I-2
	C.S. "Las Lomas"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Lancones"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Bellavista"	Centro de Salud I-4
	Hospital "Las Mercedes" de Paita	Hospital I
C.S. "9 de Octubre"	Centro de Salud I-3	
<b>Tacna (11)</b>	Hospital de Apoyo Departamental "Hipólito Unanue"	Hospital II
	C.S. "Ciudad Nueva"	Centro de Salud I-4
	C.S. "La Natividad"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Locumba"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Augusto B. Leguía"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Candarave"	Centro de Salud I-3
	C.S. "28 de Agosto"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Tarata"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Ilabaya"	Centro de Salud I-3
	C.S. "San Francisco"	Centro de Salud I-4
C.S. "La Esperanza"	Centro de Salud I-3	
<b>Tumbes (7)</b>	Hospital "José Alfredo Mendoza Olavarría"	Hospital I
	C.S. "Pampa Grande"	Centro de Salud I-4
	C.S. "Cañaveral"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Cancas"	Centro de Salud I-3
	P.S. "La Curva"	Puesto de Salud I-2
	C.S. "Corrales"	Centro de Salud I-4
	C.S. "Aguas Verdes"	Centro de Salud I-3

## ANEXO V

### Cerits y UAMP supervisados en las zonas de intervención comprendidas en el *Informe N° 143: Atención Médica Periódica (AMP)*

Departamento	Establecimiento de Salud	Nivel		
		Cerits	UAMP	
Áncash (2)	Hospital “Víctor Ramos Guardia” de Huaraz		X	
	Hospital “La Caleta”	X		
Arequipa (2)	Hospital “Goyeneche”		X	
	Hospital de “Camaná”		X	
Ica (4)	Hospital Regional de “Ica”	X		
	C.S. “Sunampe”		X	
	C.S. “La Palma Grande”		X	
	Hospital “San José” de Chincha		X	
La Libertad (3)	Hospital Regional Docente de “Trujillo”	X		
	Hospital de Apoyo “Chepén”		X	
	C.S. “Materno Pacasmayo”		X	
Lambayeque (1)	C.S. “Centro de Salud José Olaya”	X		
Lima (13)	Lima (4)	C.S. “Surquillo”	X	
		Cerits “Raúl Patrucco Puig”	X	
		C. S. “Tahuantinsuyo Bajo”	X	
		Hospital de Puente Piedra “Carlos Lanfranco La Hoz”		X
		C.S. “Madre Teresa Calcuta”		X
	Lima Este (3)	C.S. “Piedra Liza”	X	
		C.S. “Micaela Bastidas”		X
		C. S. “Mala”		X
	Lima Región (5)	C.S. “Chilca”		X
		Hospital de “Barranca”		X
		Hospital “Chancay”		X
		Hospital de Apoyo “San Juan Bautista de Huaral”		X
	Callao (1)	C.S. “Alberto Bartón”	X	
Loreto (3)	C.S. “San Juan de Miraflores”	X		
	C.S. “San Antonio de Iquitos”		X	
	C.S. “Caballococha”		X	
Piura (2)	Hospital de Apoyo “III-Sullana”	X		
	C.S. “II San José”	X		
Tacna (1)	Hospital de Apoyo Departamental “Hipólito Unanue”	X		
Tumbes (1)	C.S. “Pampa Grande”	X		

## ANEXO VI

### Establecimientos de salud supervisados en las zonas de intervención comprendidas en el *Informe N° 143: Diagnóstico del VIH/Sida a gestantes*

Departamento	Establecimiento de Salud	Nivel
Áncash (9)	Hospital "La Caleta"	Hospital II
	P.S. "Magdalena Nueva"	Puesto de Salud I-2
	C.S. "Miraflores Alto"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Yugoslavia"	Centro de Salud I-4
	C.S. "Santa"	Centro de Salud I-4
	C.S. "Coischo"	Centro de Salud I-4
	C.S. "Progreso"	Centro de Salud I-4
	Hospital "Victor Ramos Guardia" de Huaraz	Hospital II
Hospital "Pomabamba"	Hospital I	
Arequipa (7)	Hospital "Goyeneche"	Hospital III
	Hospital "Aplao"	Hospital I
	C.S. "La Joya"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Cotahuasi"	Centro de Salud I-4
	Hospital "Honorio Delgado"	Hospital III
	Hospital de "Camaná"	Hospital I
C.S. "Maritza Campos Díaz"	Centro de salud I-4	
Ica (16)	Hospital Regional de "Ica"	Hospital II
	Hospital "San José" de Chincha	Hospital I
	Hospital "San Juan de Dios"	Hospital I
	Hospital de Apoyo de "Nazca"	Hospital I
	C.S. "Paracas"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Vista Alegre"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Marcona"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Alto Larán"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Sunampe"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Los Aquijes"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Los Molinos"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Pueblo Nuevo"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Ocucaje"	Centro de Salud I-3
	C.S. "Tambo de Mora"	Centro de Salud I-3
C.S. "Parcona"	Centro de Salud I-3	
C.S. "Santiago"	Centro de Salud I-3	

*Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/Sida*

<b>La Libertad (7)</b>	Hospital “Belén” de Trujillo	Hospital III
	Hospital de Apoyo “Chepén”	Hospital I
	C.S. Materno “Pacasmayo”	Centro de Salud I-4
	Hospital “Santa Isabel”	Hospital I
	Hospital “El Esfuerzo”	Hospital I
	C.S. “Wichanza”	Centro de Salud I-4
	C.S. “San Martín de Porres”	Centro de Salud I-3
<b>Lambayeque (18)</b>	Hospital Regional Docente “Las Mercedes”	Hospital III
	Hospital Provincial Docente “Belén” de Lambayeque	Hospital I
	C.S. “José Olaya”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Ferreñafe”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Atusparias”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Fernando Carbajal Segura – El Bosque”	Centro de Salud I-4
	C.S. “José Leonardo Ortiz”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Manuel Sánchez Villegas”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “La Victoria Sector II - María Jesús”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Santa Rosa”	Centro de Salud I-3
	CLAS Virgen de la Candelaria –Pueblo Nuevo	Centro de Salud I-3
	C.S. “San Antonio”	Centro de Salud I-3
	P.S. “Cruz de la Esperanza”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “Reque”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Cerropón”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Pimentel”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Toribia Castro”	Centro de Salud I-4
	C.S. “José Quiñónez”	Centro de Salud I-3

Defensoría del Pueblo

Lima (31)	Lima (25)	Hospital Nacional Docente “Madre Niño San Bartolomé”	Hospital III
		Hospital Nacional “Dos de Mayo”	Hospital III
		Instituto Nacional Materno Perinatal	Instituto Especializado III-2
		C.S. “Conde de la Vega Baja”	Centro de Salud I-3
		C.S. “El Porvenir”	Centro de Salud I-4
		C.S. “San Sebastián”	Centro de Salud I-3
		C.S. “Surquillo”	Centro de Salud I-4
		Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”	Hospital III
		C.S. “Madre Teresa Calcuta”	Centro de Salud I-3
		C.S. “Piedra Liza”	Centro de Salud I-4
		C.S. “Micaela Bastidas”	Centro de Salud I-3
		C.S. “El Progreso”	Centro de Salud I-4
		Hospital Nacional “Cayetano Heredia”	Hospital III
		Hospital Nacional “Sergio E. Bernales”	Hospital III
		C.S. “Socorro”	Centro de Salud I-3
		C.S. “Ancón”	Centro de Salud I-4
		P.S. “Virgen de las Mercedes”	Puesto de Salud I-2
		C.S. “Huaura”	Centro de Salud I-3
		Hospital de “Barranca”	Hospital II
		Hospital de “Chancay”	Hospital II
		Hospital de Apoyo “San Juan Bautista” de Huaral	Hospital II
		Hospital Regional de “Huacho”	Hospital II
		C. S. “Tahuantinsuyo Bajo”	Centro de Salud I-4
		Hospital de Puente Piedra “Carlos Lanfranco La Hoz”	Hospital II
		Hospital de Apoyo “María Auxiliadora”	Hospital III
	Callao (6)	Hospital Nacional “Daniel A. Carrión”	Hospital III
		Hospital de “Ventanilla”	Hospital I
		Hospital de Apoyo “San José”	Hospital II
		C.S. “La Perla”	Puesto de Salud I-2
		C.S. “Alta Mar”	Centro de Salud I-3
		C.S. “Santa Fe”	Centro de Salud I-3

*Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/Sida*

<b>Loreto (14)</b>	Hospital Regional de “Loreto”	Hospital III
	Hospital de Apoyo Iquitos “César Garayar García”	Hospital II
	C.S. “San Juan de Miraflores”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Bellavista Nanay”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Santa Clotilde (referencial)”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Islandia del Yavarí”	Centro de Salud I-3
	C.S. “San Antonio de Iquitos”	Centro de Salud I-3
	P.S. “Santa Rosa de Ramón Castilla”	Puesto de Salud I-2
	P.S. “Cabo Pantoja de Torres Causana”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “Túpac Amaru de Iquitos”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Tamshiyacu”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Moronacocha”	Centro de Salud I-4
	P.S. “Angoteros”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “Intuto”	Centro de Salud I-3
<b>Piura (9)</b>	Hospital de Apoyo “III-Sullana”	Hospital II
	Hospital “Santa Rosa”	Hospital I
	C.S. “II San José”	Centro de Salud I-3
	P.S. “El Alto”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “Las Lomas”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Lancones”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Bellavista”	Centro de Salud I-4
	Hospital Local “Las Mercedes de Paita”	Hospital I
C.S. “9 de Octubre”	Centro de Salud I-3	
<b>Tacna (11)</b>	Hospital de Apoyo Departamental “Hipólito Unanue”	Hospital II
	C.S. “Ciudad Nueva”	Centro de Salud I-4
	C.S. “La Natividad”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Locumba”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Augusto B. Leguía”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Candarave”	Centro de Salud I-3
	C.S. “28 de Agosto”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Tarata”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Ilabaya”	Centro de Salud I-3
	C.S. “San Francisco”	Centro de Salud I-4
C.S. “La Esperanza”	Centro de Salud I-3	
<b>Tumbes (7)</b>	Hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría”	Hospital I
	C.S. “Pampa Grande”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Cañaverall”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Cancas”	Centro de Salud I-3
	P.S. “La Curva”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “Corrales”	Centro de Salud I-4
C.S. “Aguas Verdes”	Centro de Salud I-3	

## ANEXO VII

### Establecimientos de salud supervisados en las zonas de intervención comprendidas en el Informe N° 143: Profilaxis para la prevención de la Transmisión Vertical del VIH

Departamento		Establecimiento de Salud	Nivel
Áncash (2)		Hospital “La Caleta”	Hospital II
		Hospital “Victor Ramos Guardia – Huaraz”	Hospital II
Arequipa (3)		Hospital “Goyeneche”	Hospital III
		Hospital de “Camaná”	Hospital I
		Hospital “Honorio Delgado”	Hospital III
Ica (1)		Hospital Regional de “Ica”	Hospital II
La Libertad (1)		Hospital Regional Docente de “Trujillo”	Hospital III
Lambayeque (1)		Hospital Regional Docente “Las Mercedes”	Hospital III
Lima Ciudad 11/16	Lima Ciudad (5)	Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”	Hospital III
		Hospital Nacional “Dos de mayo”	Hospital III
		Hospital Nacional “Cayetano Heredia”	Hospital III
		Hospital Nacional “Sergio E. Bernales”	Hospital III
		Hospital Nacional Docente “Madre Niño San Bartolomé”	Hospital III
	Lima Este (1)	Hospital “Nacional Hipólito Unanue”	Hospital III
	Lima Región (3)	Hospital “Rezola”	Hospital II
		Hospital de Apoyo “San Juan Bautista” de Huaral	Hospital II
		Hospital Regional de “Huacho”	Hospital II
	Lima Sur 1/2	Hospital de Apoyo “María Auxiliadora”	Hospital III
Callao (1)	Hospital de Apoyo “San José”	Hospital II	
Loreto (2)	Hospital Regional de “Loreto”	Hospital III	
	Hospital de Iquitos “César Garayar García”	Hospital II	
Piura (2)	Hospital de Apoyo “III-Sullana”	Hospital II	
	Hospital “Santa Rosa”	Hospital I	
Tacna (1)	Hospital de Apoyo Departamental “Hipólito Unanue”	Hospital II	
Tumbes (1)	Hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría”	Hospital I	

## ANEXO VIII

### Establecimientos de salud supervisados en las zonas de intervención comprendidas en el Informe N° 143: Targa para personas adultas

Departamento		Establecimiento de Salud	Nivel
Áncash (2)		Hospital “La Caleta”	Hospital II
		Hospital “Víctor Ramos Guardia – Huaraz”	Hospital II
Arequipa (2)		Hospital “Goyeneche”	Hospital III
		Hospital “Honorio Delgado”	Hospital III
Ica (1)		Hospital Regional de “Ica”	Hospital II
La Libertad (1)		Hospital “Regional Docente de Trujillo”	Hospital III
Lambayeque (1)		Hospital Regional Docente “Las Mercedes”	Hospital III
Lima 12/115	Lima (5)	Hospital Nacional Docente “Madre Niño San Bartolomé”	Hospital III
		Hospital Nacional “Dos de Mayo”	Hospital III
		Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”	Hospital III
		Hospital “Nacional Cayetano Heredia”	Hospital III
		Hospital “Nacional Sergio E. Bernales”	Hospital III
	Lima Este (1)	Hospital Nacional “Hipólito Unanue”	Hospital III
	Lima Región (3)	Hospital “Rezola”	Hospital II
		Hospital de Apoyo “San Juan Bautista” de Huaral	Hospital II
		Hospital Regional de “Huacho”	Hospital II
	Lima Sur (1)	Hospital de apoyo “María Auxiliadora”	Hospital III
	Callao (2)	Hospital Nacional “Daniel A. Carrión”	Hospital III
Hospital de Apoyo “San José”		Hospital II	
Loreto (2)	Hospital Regional de “Loreto”	Hospital III	
	Hospital de Apoyo de Iquitos “César Garayar García”	Hospital II	
Piura (2)	Hospital de Apoyo “III-Sullana”	Hospital II	
	Hospital “Santa Rosa”	Hospital I	
Tacna (1)	Hospital de Apoyo Departamental “Hipólito Unanue”	Hospital II	
Tumbes (1)	Hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría”	Hospital I	

**ANEXO IX**  
**Establecimientos de salud supervisados**  
**en las zonas de intervención comprendidas**  
**en el Informe N° 143: Targa para niños,**  
**niñas y adolescentes**

Departamento		Establecimiento de Salud	Nivel
<b>Arequipa (2)</b>		Hospital "Goyeneche"	Hospital III
		Hospital "Honorio Delgado"	Hospital III
<b>Ica (1)</b>		Hospital Regional de "Ica"	Hospital II
<b>La Libertad (1)</b>		Hospital Regional "Docente de Trujillo"	Hospital III
<b>Lambayeque (1)</b>		Hospital Regional Docente "Las Mercedes"	Hospital III
<b>Lima 12/115</b>	<b>Lima (5)</b>	Hospital Nacional Docente "Madre Niño San Bartolomé"	Hospital III
		Hospital Nacional "Arzobispo Loayza"	Hospital III
		Hospital Nacional "Cayetano Heredia"	Hospital III
	<b>Lima Este (1)</b>	Hospital Nacional "Hipólito Unanue"	Hospital III
	<b>Lima Sur (1)</b>	Hospital de apoyo "María Auxiliadora"	Hospital III
	<b>Callao (2)</b>	Hospital Nacional "Daniel A. Carrión"	Hospital III
Hospital Apoyo "San José"		Hospital II	
<b>Loreto (2)</b>	Hospital Regional de "Loreto"	Hospital III	
	Hospital de Apoyo de Iquitos "César Garayar García"	Hospital II	
<b>Piura (2)</b>	Hospital de Apoyo "III-Sullana"	Hospital II	
	Hospital "Santa Rosa"	Hospital I	
<b>Tacna (1)</b>	Hospital de Apoyo Departamental "Hipólito Unanue"	Hospital II	
<b>Tumbes (1)</b>	Hospital "José Alfredo Mendoza Olavarría"	Hospital I	

## ANEXO X

### Relación de establecimientos de salud supervisados en las zonas de intervención *no comprendidas en el Informe N° 143*

Departamento	Establecimiento de Salud	Nivel
Amazonas (10)	Hospital de Apoyo de Bagua “Gustavo Lanata”	Hospital I
	Hospital Regional “Virgen de Fátima”	Hospital II
	Hospital de Apoyo “Santiago Apóstol”	Hospital I
	P.S. “Trita”	Puesto de Salud I-2
	C. S. “Imaza”	Centro de Salud I-3
	C. S. “Luya”	Centro de Salud I-3
	C. S. “Lamud”	Centro de Salud I-3
	C. S. “Nieva”	Centro de Salud I-3
	C. S. “Copallín”	Centro de Salud I-3
	C. S. “Pedro Ruiz Gallo”	Centro de Salud I-3
Apurímac (11)	C.S. “Cotabambas”	Centro de Salud I-4
	Hospital “Tambobamba”	Hospital I
	C.S. “Chalhuahuacho”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Santa Rosa”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Chalhuanca”	Centro de Salud I-4
	C.S. “San Camilo de Lelis” Chuquibambilla)	Centro de Salud I-4
	C.S. “Villagloria”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Curahuasi”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Pueblo Joven Centenario”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Tamburco”	Centro de Salud I-4
Hospital “Guillermo Díaz de la Vega”	Hospital II	
Ayacucho (12)	Hospital Regional de Ayacucho	Hospital II
	P.S. “Machente”	Puesto de Salud I-2
	P.S. “Lucanamarca”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “Huancasancos”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Santa Rosa”	Centro de Salud I-3
	Hospital de Apoyo “San Miguel”	Hospital I
	C.S. “Palmapampa”	Centro de Salud I-3
	Hospital de Apoyo “San Francisco”	Hospital I
	P.S. “San Martín”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “Querobamba”	Centro de Salud I-3
	P.S. “Chilcayoc”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “Tambo”	Centro de Salud I-3

*Defensoría del Pueblo*

<b>Cajamarca (6)</b>	Hospital “Santa Maria de Cutervo”	Hospital I
	C.S. “San Marcos”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Baños del Inca”	Centro de Salud I-4
	C.S. de Apoyo “Chilete”	Centro de Salud I-4
	Hospital de Apoyo “Chota – José Soto Cadenillas”	Hospital I
	Hospital Regional “Cajamarca”	Hospital I
<b>Junín (10)</b>	Hospital de Apoyo “Daniel Alcides Carrión”	Hospital II
	C.S. “Huayucachi”	Centro de Salud I-3
	Hospital de Apoyo “El Carmen”	Hospital II
	C.S. “David Guerrero Duarte”	Centro de Salud I-4
	Hospital de Apoyo “Domingo Olavegoya”	Hospital I
	C.S. “José Agurto Tello” – El Tambo	Centro de Salud I-4
	P.S. “Justicia, Paz y Vida”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Pedro Sánchez Meza – Chupaca”	Centro de Salud I-4
	C.S. “San Jerónimo”	Centro de Salud I-3
C.S. “La Libertad”	Centro de Salud I-4	
<b>Madre de Dios (7)</b>	Hospital “Santa Rosa” de Puerto Maldonado	Hospital II
	Hospital “San Martín”	Hospital I
	P. S. “Alegria”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “Mavila”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Alerta”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Iñapari”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Mazuco”	Centro de Salud I-4
<b>Pasco (5)</b>	Hospital “Ernesto Guzmán Gonzales”	Hospital I
	Hospital “Ramón Egoavil Pando”	Hospital I
	C.S. “Uliachin”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Huariaca”	Centro de Salud I-4
	Hospital “Daniel Alcides Carrión”	Hospital I

## ANEXO XI

### Establecimientos de salud supervisados en las zonas de intervención *no* comprendidas en el Informe N° 143: Consejería en ITS y VIH/Sida

Departamento	Establecimiento de Salud	Nivel
Amazonas (10)	Hospital de Apoyo de Bagua “Gustavo Lanata”	Hospital I
	Hospital Regional “Virgen de Fátima”	Hospital II
	Hospital de Apoyo “Santiago Apóstol”	Hospital I
	P.S. “Trita”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “Imaza”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Luya”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Lamud”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Nieva”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Copallín”	Centro de Salud I-3
C.S. “Pedro Ruiz Gallo”	Centro de Salud I-3	
Apurímac (11)	C.S. “Cotabambas”	Centro de Salud I-4
	Hospital “Tambobamba”	Hospital I
	C.S. “Chalhuahuacho”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Santa Rosa”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Chalhuanca”	Centro de Salud I-4
	C.S. “San Camilo de Lelis (Chuquibambilla)”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Villagloria”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Curahuasi”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Pueblo Joven Centenario”	Centro de Salud I-4
CLAS “Tamburco”	Centro de Salud I-4	
Hospital “Guillermo Díaz de la Vega”	Hospital II	
Ayacucho (12)	Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”	Hospital II
	P.S. “Machente”	Puesto de Salud I-2
	P.S. “Lucanamarca”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “Huancasancos”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Santa Rosa”	Centro de Salud I-3
	Hospital de Apoyo “San Miguel”	Hospital I
	C.S. “Palmapampa”	Centro de Salud I-3
	Hospital de Apoyo “San Francisco”	Hospital I
	P.S. “San Martín”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “Querobamba”	Centro de Salud I-3
	P.S. “Chilcayoc”	Puesto de Salud I-2
C.S. “Tambo”	Centro de Salud I-3	

*Defensoría del Pueblo*

<b>Cajamarca (6)</b>	Hospital “Santa María de Cutervo”	Hospital I
	C.S. “San Marcos”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Baños del Inca”	Centro de Salud I-4
	C.S. de Apoyo “Chilete”	Centro de Salud I-4
	Hospital de Apoyo de Chota “José Soto Cadenillas”	Hospital I
	Hospital Regional “Cajamarca”	Hospital II
<b>Junín (10)</b>	Hospital de Apoyo “Daniel Alcides Carrión”	Hospital II
	C.S. “Huayucachi”	Centro de Salud I-3
	Hospital de Apoyo “El Carmen”	Hospital II
	C.S. “David Guerrero Duarte”	Centro de Salud I-4
	Hospital de Apoyo “Domingo Olavegoya”	Hospital I
	C.S. “José Agurto Tello” El Tambo	Centro de Salud I-4
	P.S. “Justicia, Paz y Vida”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Pedro Sánchez Meza – Chupaca”	Centro de Salud I-4
	C.S. “San Jerónimo”	Centro de Salud I-3
C.S. “La Libertad”	Centro de Salud I-4	
<b>Madre de Dios (7)</b>	Hospital “Santa Rosa” de Puerto Maldonado	Hospital II
	Hospital “San Martín”	Hospital I
	P.S. “Alegría”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “Mavila”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Alerta”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Iñapari”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Mazuco”	Centro de Salud I-4
<b>Pasco (5)</b>	Hospital “Ernesto Guzmán Gonzales”	Hospital I
	Hospital “Ramón Egoavil Pando”	Hospital I
	C.S. “Uliachin”	Centro de Salud I-3
	C.S. de “Huariaca”	Centro de Salud I-4
	Hospital “Daniel Alcides Carrión”	Hospital I

## ANEXO XII

### Cerits y UAMP supervisados en las zonas de intervención *no* comprendidas en el *Informe N° 143: Atención Médica Periódica (AMP)*

Departamento	Establecimiento de Salud	Nivel	
		Cerits	UAMP
Amazonas (3)	Hospital de Apoyo de Bagua “Gustavo Lanata”		X
	Hospital Regional “Virgen de Fátima”		X
	Hospital de Apoyo “Santiago Apóstol”		X
Apurímac (1)	Hospital “Guillermo Díaz de la Vega”		X
Ayacucho (1)	Hospital Regional Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”	X	
Cajamarca (4)	Hospital “Santa María de Cutervo”		X
	Hospital de Apoyo “Chota - José Soto Cadenillas”		X
	C.S. de Apoyo “Chilete”		X
	Hospital Regional “Cajamarca”		X
Junín (2)	Hospital de Apoyo “Daniel Alcides Carrión”	X	
	Hospital de Apoyo “El Carmen”		X
Madre de Dios (1)	Hospital “Santa Rosa” de Puerto Maldonado		X
Pasco (3)	Hospital “Ramón Egoavil Pando”		X
	C.S. “Uliachin”		X
	Hospital “Daniel Alcides Carrión”		X

**ANEXO XIII**  
**Establecimientos de salud supervisados**  
**en las zonas de intervención *no* comprendidas**  
**en el Informe N° 143: Diagnóstico**  
**del VIH/Sida a gestantes**

Departamento	Establecimiento de Salud	Nivel
<b>Amazonas (10)</b>	Hospital de Apoyo de Bagua “Gustavo Lanata”	Hospital I
	Hospital Regional “Virgen de Fátima”	Hospital II
	Hospital de Apoyo “Santiago Apóstol”	Hospital I
	P.S. “Trita”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “Imaza”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Luya”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Lamud”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Nieva”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Copallín”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Pedro Ruiz Gallo”	Centro de Salud I-3
<b>Apurímac (11)</b>	C.S. “Cotabambas”	Centro de Salud I-4
	Hospital Tambobamba	Hospital I
	C.S. “Chalhuahuacho”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Santa Rosa”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Chalhuanca”	Centro de Salud I-4
	C.S. “San Camilo de Lelis (Chuquibambilla)”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Villagloria”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Curahuasi”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Pueblo Joven Centenario”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Tamburco”	Centro de Salud I-4
Hospital “Guillermo Díaz de la Vega”	Hospital II	
<b>Ayacucho (12)</b>	Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”	Hospital II
	P.S. “Machente”	Puesto de Salud I-2
	P.S. “Lucanamarca”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “Huancasancos”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Santa Rosa”	Centro de Salud I-3
	Hospital de Apoyo “San Miguel”	Hospital I
	C.S. “Palmapampa”	Centro de Salud I-3
	Hospital de Apoyo “San Francisco”	Hospital I
	P.S. “San Martín”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “Querobamba”	Centro de Salud I-3
	P.S. “Chilcayoc”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “Tambo”	Centro de Salud I-3

*Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/Sida*

<b>Cajamarca (6)</b>	Hospital “Santa Maria de Cutervo”	Hospital I
	C.S. “San Marcos”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Baños del Inca”	Centro de Salud I-4
	C.S. de Apoyo “Chilete”	Centro de Salud I-4
	Hospital de Apoyo de Chota “José Soto Cadenillas”	Hospital I
	Hospital Regional “Cajamarca”	Hospital II
<b>Junín (10)</b>	Hospital de Apoyo “Daniel Alcides Carrión”	Hospital II
	C.S. “Huayucachi”	Centro de Salud I-3
	Hospital “De Apoyo El Carmen”	Hospital II
	C.S. “David Guerrero Duarte”	Centro de Salud I-4
	Hospital de Apoyo “Domingo Olavegoya”	Hospital I
	C.S. “José Agurto Tello” El Tambo	Centro de Salud I-4
	P.S. “Justicia, Paz y Vida”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Pedro Sánchez Meza – Chupaca”	Centro de Salud I-4
	C.S. “San Jerónimo”	Centro de Salud I-3
C.S. “La Libertad”	Centro de Salud I-4	
<b>Madre de Dios (7)</b>	Hospital “Santa Rosa” de Puerto Maldonado	Hospital II
	Hospital “San Martín”	Hospital I
	P.S. “Alegría”	Puesto de Salud I-2
	C.S. “Mavila”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Alerta”	Centro de Salud I-3
	C.S. “Iñapari”	Centro de Salud I-4
	C.S. “Mazuco”	Centro de Salud I-4
<b>Pasco (5)</b>	Hospital “Ernesto Guzmán Gonzales”	Hospital I
	Hospital “Ramón Egoavil Pando”	Hospital I
	C.S. “Uliachin”	Centro de Salud I-3
	Centro de Salud de “Huariaca”	Centro de Salud I-4
	Hospital “Daniel Alcides Carrión”	Hospital I

## ANEXO XIV

### Establecimientos de salud supervisados en las zonas de intervención *no* comprendidas en el Informe N° 143: Profilaxis para la prevención de la Transmisión Vertical del VIH

Departamento	Establecimiento de Salud	Nivel
<b>Amazonas (2)</b>	Hospital de Apoyo de Bagua “Gustavo Lanata”	Hospital I
	Hospital Regional “Virgen de Fátima”	Hospital II
<b>Apurímac (1)</b>	Hospital “Guillermo Díaz de la Vega”	Hospital II
<b>Ayacucho (1)</b>	Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”	Hospital II
<b>Cajamarca (3)</b>	Hospital “Santa María de Cutervo”	Hospital I
	Hospital de Apoyo de Chota “José Soto Cadenillas”	Hospital I
	Hospital Regional “Cajamarca”	Hospital II
<b>Junín (2)</b>	Hospital de Apoyo “Apoyo Daniel Alcides Carrión”	Hospital II
	Hospital de Apoyo “El Carmen”	Hospital II
<b>Madre de Dios (1)</b>	Hospital “Santa Rosa” de Puerto Maldonado	Hospital II
<b>Pasco (3)</b>	Hospital “Ernesto Guzmán Gonzales”	Hospital I
	Hospital “Ramón Egoavil Pando”	Hospital I
	Hospital “Daniel Alcides Carrión”	Hospital I

## **ANEXO XV**

### **Establecimientos de salud supervisados en las zonas de intervención *no* comprendidas en el Informe N° 143: Targa para personas adultas**

<b>Departamento</b>	<b>Establecimiento de Salud</b>	<b>Nivel</b>
<b>Amazonas (2)</b>	Hospital de Apoyo de Bagua “Gustavo Lanata”	Hospital I
	Hospital Regional “Virgen de Fátima”	Hospital II
<b>Apurímac (1)</b>	Hospital “Guillermo Díaz de la Vega”	Hospital II
<b>Ayacucho (1)</b>	Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”	Hospital II
<b>Cajamarca (3)</b>	Hospital “Santa María de Cutervo”	Hospital I
	Hospital de Apoyo de Chota “José Soto Cadenillas”	Hospital I
	Hospital Regional “Cajamarca”	Hospital II
<b>Junín (2)</b>	Hospital de Apoyo “Daniel Alcides Carrión”	Hospital II
	Hospital de Apoyo “El Carmen”	Hospital II
<b>Madre de Dios (1)</b>	Hospital “Santa Rosa” de Puerto Maldonado	Hospital II

**ANEXO XVI**  
**Establecimientos de salud supervisados**  
**en las zonas de intervención *no* comprendidas**  
**en el Informe N° 143: Targa para niños,**  
**niñas y adolescentes**

<b>Departamento</b>	<b>Establecimiento de Salud</b>	<b>Nivel</b>
<b>Amazonas (2)</b>	Hospital de Apoyo de Bagua “Gustavo Lanata”	Hospital I
	Hospital Regional “Virgen de Fátima”	Hospital II
<b>Apurímac (1)</b>	Hospital “Guillermo Díaz de la Vega”	Hospital II
<b>Ayacucho (1)</b>	Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”	Hospital II
<b>Cajamarca (1)</b>	Hospital Regional “Cajamarca”	Hospital II
<b>Junín (1)</b>	Hospital de Apoyo “El Carmen”	Hospital II
<b>Madre de Dios (1)</b>	Hospital “Santa Rosa” de Puerto Maldonado	Hospital II

## ANEXO XVII

### Relación de Cerits y UAMP en el ámbito nacional, proporcionada por la DGSP/Minsa



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección General de Salud de las Personas

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

OFICIO N° 1403 -2011-DGSP-MINSA

Lima, 29 MAR. 2011



Señora  
**EUGENIA FERNÁN - ZEGARRA**  
Adjunta (e) para la Administración Estatal  
Defensoría del Pueblo  
Presente .-

(10)

REFERENCIA: Oficio N° 33-2011-DP/AE (11-024783-001)

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted con la finalidad de saludarle cordialmente y en atención al documento de la referencia, en el que nos solicitan información de los establecimientos de salud que brindan TARGA, servicio de Atención Médica Periódica y servicio de Profilaxis para la prevención de la TV del VIH; esta Dirección General a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS y VIH/SIDA, le remite en medio impreso la información en mención.

Sin otro particular, deseo aprovechar la oportunidad para expresarle mi mayor respeto y consideración personal.

Atentamente,

  
-----  
Dr. CARLOS MANUEL ACOSTA SAAL  
DIRECTOR GENERAL  
Dirección General de Salud de las Personas





**DIRECTORIO DE CERITS Y UAMP NACIONAL**

DISA	TIPO	Establecimiento de Salud	Dirección	Código	Teléfonos	Fax	Central	
1 AMAZONAS	UAMP	Hospita de Apoyo de Chachapoyas	Jr. El Triunfo s/n Paseo Daniel Alcides Carrion 035	041	477016	478263	477092	
	UAMP	Hospita de Apoyo Bagua	Av. Heroes del Cenepa 980	041	471159	471159	471453	
	UAMP	Hospital Victor Ramos Guardia – Huaraz	Av. Luzuriaga s/n Barrio Belén	043	424146	424146	421861/421290	
	CERITS	Hosp. Apoyo La Caleta- Chimbote	Av. Malecón Grau s/n	043	327589	327609	322281/ 327609 /	
	5 APURIMAC I	UAMP	Hospital Guillermo Diaz de la Vega	Av. Daniel A. Carrion s/n	083	321006	321006	321108
	7 AREQUIPA	UAMP	Hospital Regional Honorio Delgado	Av. Aludres Carrion 505	054	233812	233812	231818
		UAMP	Hospital Goyneche	Av. Goyneche s/n - Cercado	054	235011	235011	231313
	9 AYACUCHO	UAMP	Hospital de apoyo Camaná	Av. Lima 550 - Cercado - Camaná	054	571603	571603	571858
		UAMP	Hospital Huamanga	Av. Independencia 355 - Huamanga	066	312380	312380	312180
	10 CAJAMARCA I	UAMP	Hospital Regional de Cajamarca	Av. Mariano Urteaga Nº 500	076	312380	312380	362414
UAMP		C. S. Santos Inca	Jr Pachacutec Nº 489	076			348057	
12 CAJAMARCA II	CERITS	Hospital Chota	Jr. Ezequiel Montoya 718-Chota	076	351131	351425	351425	
	CERITS	Laboratorio Sub Regional	Jr. Ica s/n	076			437497	
14 CAJAMARCA III	UAMP	Centro Referencia de Salud Cutervo	Av. Bolívar 1560 - Jaén	076	43-1154	43-1154/43-2583		
	UAMP	Hospital General Jaén	Calle Manuel Raygada Nº 515	076			465-6242	
16 CALLAO	CERITS	Centro de Referencia Alberto Barton	Piaseola de Belén 1358	084	247119	247119	276511	
	CERITS	Hospital Antonio Lorena	Jr. Comercio s/n					
18CUSCO	UAMP	Hosp. Sicuani Hospital Manuel Cayo	Hsp. Quillabamba					
	UAMP	Hosp. La Convención	Av. Andrés Bello Cñobres s/n	087	453198	453198	452990	
20HUANCABELICA	UAMP	Hospital Departamental de Huancavelica	Av. Ucayali 114	082	562019	561966	562018- 962019	
	UAMP	Hospital de Apoyo Tingo Maria	Jr. Hermilio Valdiván 950	082	518139	518139	513370	
22HUANUCO	UAMP	Hospital Regional Hermilio Valdiván	Camino a Huacachina s/n	056	237933	237933	235231-235101	
	UAMP	Hospital Regional de Ica	Calle San Juan de Dios Nº 360	056	532169	532169	532332	
24ICA	UAMP	Hospital San Juan de Dios Pisco	Av. Abelardo Alva Miburua 600- Chinchla	056	261421	261232	261232	
	UAMP	Hospital San José de Chincila	Av. Daniel A. Carrion 1560-1562	064	222157	238635	232222	
26	CERITS	Hospital Daniel A. Carrion						
	UAMP	Hosp. Pichinaki						
27	UAMP	Hosp. Jauja						
	UAMP	Hosp. Chimbote						
30JUNIN	UAMP	Hosp. Chanchamayo						
	UAMP	Hosp. Supe						
31	UAMP	Hosp. Supe						
	UAMP	C.S. Oyaya						
32	UAMP	Hosp. El Carmen (*)	Jr. Puno 911 - Huancayo	064	233371		233691	
	UAMP	Hospital Regional Docente Trujillo	Av. Mansiche 795	044	233112		231581	
34 LA LIBERTAD	CERITS	Hospital Regional Docente Las Mercedes	Av. Luis González 635 - Chiclayo	074	238232	238232	237021	
	CERITS	C.S. Rajal Patrucco	Jr. Huanta 927				328-9063	
36 LAMBAYEQUE	CERITS	C.S. Tahuantinsuyo Bajo	Av. Chinchasuyu s/n (Urb. Tahuantinsuyo) Km. 6 1/2		3281091		526-0459	
	UAMP	Hospital Puente Piedra	Av. Saenz Peña s/n cdra 8		526-0459		548-3363/548-2010	
37 LIMA CIUDAD	CERITS	C.S. Surullco	Jr. Colma 840				4457563	
	UAMP	C.S. Chosca	Av. Lima Norte 422				361-0302	
40	UAMP	C.S. Santa Maria Huachipa	Av. Los Canarios MZ 02 lote 5 ( cost de la municip. de				371-1763	
	UAMP	C.S. Micaela Bastidas	PO Central Mz v AAHH Bastidas, Micaela 1 Añe-				362-0927	
42 LIMA ESTE	CERITS	C.S. Piedra Liza	Av. Santa Rosa s/n - Barrio Fiscal Piedra Liza (Frente al				4819920/4831911 /	
	UAMP	Centro de Salud Calcuta	Av. Inca Ripac Nº 229 ( alt. 8 y 9 de Rva Aquero)				3271920/3271565	
44	UAMP	Hospital Regional Huacho	Av. José Arambula La Rosa				232-2351/232-2634	
	CERITS	Hospital de Cañete						
46 LIMA PROVINCIA	UAMP	Hospital Chancay					377982	
	UAMP	Hospital Chancay	Mansical Sucre s/n Chancay				35-2135	
47	UAMP	Hospital Barranca Cajalambo	Av. Nicolás de Piérola s/n Barranca				235-2075-235-2166	
	UAMP	Centro de Salud Chorrillos I	Defensores del Morro (ex Huaylas 556)				4671313	
49 LIMA SUR	CERITS	Centro Materno Infantil San José	ST. I GR. 15 (Cruce Av. Los Angeles y Revolución)				292-0104 / 292-3116	

51	LORETO	CERTIS	Centro de Salud San Juan	Av. Los Angeles s/n	065	35-2142	35-2135	26-0080
52	MADRE DE DIOS	UAMP	Hospital Santa Gemma de Yurimaguas	Progreso N° 305 - 307	065	57-1046	57-1046	35-2833
53	MADRE DE DIOS	UAMP	Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado	Jr. Cajamarca N° 771	082	57-1046	57-1046	57-1046
54	MOQUEGUA	CERTIS	Centro de Salud Alto Ilo	Alto Ilo Chataca s/n	052	46-3363	46-3363	48-2671
55	MOQUEGUA	CERTIS	Centro de Salud Samegua	Calle Atahuajpa Z1	052	46-3363	46-3363	48-2671
56	PASCO	UAMP	Hospital General Oxapampa	Jr. Enrique Botiger s/n Oxapampa	063	462022	462022	462023
57	PASCO	UAMP	Hospital de Apoyo Local Villa Rica	Calle Valentín Cueva s/n. Villa Rica	063	465106	465388	465105
58	PASCO	UAMP	Hospital Daniel A. Carrón	Av. Los Incas s/n. San Juan Pampa - Cerro de Pasco	063	422272	465388	421589
59	PIURA I	CERTIS	Centro de Salud San José	Calle 5 interseccion Jr. Urb San Jose	073	501180	501180	30-2977
60	PIURA II	CERTIS	Hospital de Apoyo III Sullana	Av. Santa Rosa s/n - Sullana	073	501180	501180	502052
61	PIURA II	CERTIS	Hospital Carlos Monge Medrano	Carretera Huancané Km. 2 - Juliaca	051	321370	321370	321750
62	PUNO	CERTIS	Laboratorio Referencial de Puno		051	321901	321901	
63	PUNO	CERTIS	Laboratorio Referencial de Puno		051	321901	321901	
64	SAN MARTIN	UAMP	Hospital Rural Nueva Cajamarca	Jr. San Luis 349 Nueva Cajamarca	042	556129	556129	556129
65	SAN MARTIN	UAMP	C.S. Morales Tarapoto	Jr. 1ro de Mayo N° 500 Morales	042	551016	551016	52-4048
66	TACNA	CERTIS	Hospital de Tocache	Jr. Jorge Chavez cdra 7	042	551016	551164	551164 - Emergencia
67	TUMBES	UAMP	Hospital de Apoyo Hipólito Uinarue	Calle Blondel s/n	052	428029	428029	423361
68	TUMBES	UAMP	Centro de Salud Pampa Grande	Av. Simon Bolívar N° 304	072	575211	575211	575250
69	UCAYALI	CERTIS	Hospital Regional de Pucallpa	Jr. Agustín Gausper 283- 285 - Pucallpa	061	575211	575696	575209 Emerg.
89	UCAYALI	UAMP	Hospital de Apoyo Yarinacocha	Jr. Aguaytía 605- Pucallpa	061	596306	596306	195-6408

(\*) funciona como tal pero no esta reconocido



## ANEXO XVIII

# Oficios remitidos por el Minsa con relación a los cobros de carnés de atención e historias clínicas



DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ  
"Año de la Consolidación Económica y Social del Perú"

Lima, 09 AGO 2010

**OFICIO CIRCULAR N° 018 -2010-SG/MINSA**

Señores Directores  
Direcciones de Salud  
Institutos Especializados  
Hospitales  
Centros de Salud  
Postas de Salud  
Presente.

Asunto: Presuntos cobros ilegales en establecimientos de salud.

Referencia: a) Informe N° 096-2010-DST/MINSA  
b) Nota Informativa N° 634-2010-OGA/J/MINSA  
c) Informe N° 199-2010-OGAJ/MINSA  
d) Informe N° 0090-2009-OGPP-OO/MINSA  
(Exp. 09-045330-001)

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, en mérito al documento de la referencia a), por medio del cual el Director General de la Defensoría de la Salud y Transparencia del Ministerio de Salud recomienda disponer que los establecimientos de salud se abstengan de realizar cobros por derechos que no están incluidos en los procedimientos administrativos del Texto Único de Procedimientos Administrativos del Ministerio de Salud y sus órganos desconcentrados, en resguardo de los derechos de los usuarios de la salud; ya que el cobro por el carné o tarjeta de atención no constituye un procedimiento administrativo, así como tampoco cuenta con una base legal para poder ser considerado un servicio exclusivo no siendo factible que se incorpore en el TUPA del Ministerio de Salud, Órganos Desconcentrados, Organismos Públicos Descentralizados, Hospitales e Institutos Especializados, tal como se fundamentó en los instrumentos de la referencia b), c) y d).

Sobre el particular sirva la presente para remitirle copia de los documentos de la referencia en 08 (ocho) folios, agradeciendo se sirva adoptar las medidas correctivas a efectos de que el o los establecimientos de salud a su cargo no exijan los pagos indicados o cualquier otro concepto que no esté incorporado en algún procedimiento administrativo (TUPA).

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,

  
  
Daphne León Bermúdez  
Secretaría General  
MINISTERIO DE SALUD

OLCIVANACIA  
CC. Despacho Ministerial  
Despacho Vice Ministerio  
Instituto del Gobierno de Asesoría

www.minsa.gob.pe

Av. Salaverry 801,  
Jesús María - Lima 11, Perú

Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/Sida



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"  
"Año del Centenario de Machu Picchu para el mundo"

Lima, 11 FEB 2011

Doctor  
**HECTOR RODRIGUEZ BASTER**  
Director General  
Dirección Regional de Salud Piura  
PIURA



**ASUNTO** : Informe de Adjuntía sobre cobros por Historias Clínicas y tarjetas de atención

**REFERENCIA** : a) Informe de Adjuntía N.º 028-2010-DP/AAE  
b) Informe N.º 0005-2011-OGPP-OO/MINSA

Es grato dirigirme a usted en relación al documento de la referenciada a), mediante el cual la Defensora Adjunta para la Administración Estatal de la Defensoría del Pueblo, recomienda que en el caso de servicios **gratuitos** los establecimientos de salud, no cobren por concepto de apertura o derecho de historia clínica, emisión de tarjeta de atención (o duplicado) u otros conceptos similares, así como garantizar que en el caso de servicios **no gratuitos**, el cobro por los conceptos predados se incluya dentro de las tarifas por la prestación del servicio de salud, en base a un costo real.

Al respecto, en el documento de referencia b), se fundamenta que la apertura de historia clínica y la emisión de tarjetas de atención, no deben ser incorporados en el TUPA ni en el tarifario hospitalario por corresponder a servicios que se brindan como parte de la prestación del servicio de salud; y, no están considerados en la relación de procedimientos administrativos a cargo de las Direcciones Regionales de Salud, aprobado mediante Resolución Ministerial N.º 454-2009/MINSA, en el marco de lo establecido por el D.S. N.º 079-2007/PCM.

Sobre el particular, sirva el presente para remitir copia de los documentos de la referencia, agradeciendo se sirva adoptar las medidas preventivas o correctivas a efectos que los establecimientos de salud a su cargo no exijan al usuario los pagos por los conceptos indicados u otros que no se encuentren incorporados en algún procedimiento administrativo del TUPA.

Es propicia la oportunidad para expresarle las seguridades de mi especial consideración.

Atentamente,

  
ZARELA ESTHER SOLÍS VÁSQUEZ  
Viceministra de Salud



ZESV/APG

Impreso en

**WR Impresores**

José Galvez 1670, Lince / Tel: 265-3576

**wr.peru@gmail.com**

Agosto 2011